



# Mateřská škola Val

Val 14, 518 01, Dobruška

Tel: 733 325 281, IČO: 701 88386, email: reditel@msval.cz

www.msval.cz



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

### Účastník řízení (dítě):

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

\_\_\_\_\_

Dítěti **JE x NENÍ**<sup>\*)</sup> diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte

Telefonní číslo<sup>\*\*)</sup> \_\_\_\_\_ e-mailová adresa<sup>\*\*)</sup> \_\_\_\_\_

<sup>\*\*)</sup> **nepovinný údaj**, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním **pouze pro účel** zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

.....

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala mé osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace. Byl(a) jsem poučen(a) o právech, které jsou v souladu s Nařízením 2016/679 (GDPR). Byl(a) jsem poučen(a) o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce

**Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

**ANO x NE.<sup>\*)</sup>**

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte