

Základní škola a mateřská škola Červená Voda
561 61 Červená Voda 341

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

„Žádáme o přijetí našeho dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy“
Bílá Voda – Červená Voda* od (*datum*):

Jméno a příjmení dítěte: _____	
Rodné číslo:	Datum narození.:
Trvalé bydliště:	
Státní občanství:	
Mateřský jazyk:	Zdravotní pojišťovna dítěte:
Přihlašujeme dítě k docházce: a) celodenní odhod; dohod, c) čtyřhodinové odhod; dohod b) polodenní odhod; dohod, d) 5ti denní v měs. odhod; dohod	
Jméno a příjmení matky: Pracuje - pracuje při MD - nepracuje - na MD * Do zaměstnání nastoupí: _____ Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____	
Jméno a příjmení otce: Pracuje - pracuje při MD - nepracuje - na MD * Do zaměstnání nastoupí: _____ Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____	
Sourozenci - jméno a datum narození: 1. 2. 3.	

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme škole výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Žadatel (-ka) svým podpisem potvrzuje pravdivost jím (jí) uvedených údajů. Zároveň bere na vědomí, že v případě zjištění nepravdivých údajů, může mít toto vliv na další setrvání či umístění dítěte v MŠ.

Dáváme svůj souhlas řediteli školy, aby evidoval osobní údaje našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., (školský zákon) v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pro mimoškolní akce (výlety, plavání apod.), pojištění dětí a pro jiné účely, související s chodem školy.

Souhlas poskytují na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace archivuje. Souhlas poskytujeme pouze výše uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Kontaktní adresa zákonných zástupců, telefon:

V _____ **dne :** _____ **Podpis zákonných zástupců:** _____

* - nehodící se škrtněte

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE: (doklad potvrzující, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, případně doklad, že je proti nákaze imunní nebo, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci a to podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů)

Jméno Dítěte:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) Zdravotní

b) Tělesné

c) Smyslové

d) Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

3. Dítě je řádně očkováno:

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě apod.

V dne

.....
Razítko a podpis lékaře