

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu 3 let.

Mateřská škola, Náchod, Havlíčkova 1848

Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání v souladu s § 34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů **od 1.9.2021**

Účastník řízení (dítě):

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte nebo fyzická osoba, která osobně pečuje o dítě v pěstounské péči, která účastníka řízení (dítě) zastupuje:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu), popř. ID datové schránky zákonného zástupce:

Dítěti **JE x NENÍ** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus. ^{*)} hodící se zakroužkujte

Telefonní číslo^{**)} _____,

E-mailová adresa^{**)} _____

^{**) údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení}

V _____ dne: _____

_____ podpis zákonného zástupce

Při zápisu do MŠ předložte tyto doklady:

- Rodný list dítěte
- Průkaz totožnosti zákonného zástupce, popřípadě doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, která osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- Doporučení školského poradenského zařízení- v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami
- Doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou nebo dočasnou kontraindikaci (v případě, že se dítě očkování nepodrobilo)

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkování **ANO X NE, *)**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní **ANO x NE, *)**

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci **ANO x NE, *)**

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 praktického 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:

*) hodící se zakroužkujte