# Mateřská škola Dobřínsko, okres Znojmo, příspěvková organizace

č.p. 121, 672 01 Dobřínsko, IČ: 75024497

ID datové schránky: dqekqpb, tel. 723142930, email: msdobrinsko@seznam.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů

 žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od 1. 9. **2022** do mateřské školy,

 jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Dobřínsko, okres Znojmo, příspěvková organizace.**

# DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum a místo narození:

Místo trvalého pobytu:

# Žadatel – ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

 Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ docházky: celodenní polodenní individuální

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala 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 a psychologických vyšetření.

Beru na vědomí, že ode dne 5.5.2020 zpracovává MŠ mé osobní údaje a osobní údaje přihlašovaného dítěte, k výše uvedeným účelům na základě zákonné povinnosti. Od tohoto data se zpracování osobních údajů řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR). Byl jsem informován, že po tomto datu již nebude možné můj souhlas odvolat, a že v případě, že si nepřeji, aby byly osobní údaje k výše uvedeným účelům zpracovávány, nebude možné o přijetí dítěte rozhodnout a přijímací řízení bude zastaveno. Byl jsem poučen 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. Zákonný zástupce může nahlédnout do spisu kdykoli po domluvě konkrétního termínu.

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.**

V…………………………………… dne…………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  Jméno a podpis zákonného zástupce: |  |

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.



**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním**

(popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO/ NE

je proti nákaze imunní ANO / NE

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

ANO / NE

Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké? ANO / NE

…………………………………………………………………………………………………………………...

Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? ANO / NE

…………………………………………………………………………………………………………………..

Bere dítě pravidelně léky - jaké? ANO / NE

………………………………………………………………………………………………………………

Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením? ANO /NE

………………………………………………………………………………………………………………

Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO /NE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jiná sdělení lékaře:

Datum Razítko a podpis lékaře