

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

v

**Základní škole a Mateřské škole Nový Oldřichov, okres Česká Lípa,
příspěvková organizace**

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození

Bydliště (trvalý pobyt) :

Počet dětí v rodině

Dítě pojištěno u zdravotní pojišťovny:

Otec:

Adresa:

Matka:

Adresa:

Pokud dítě není zdravo, popř. vyžaduje speciální péči, uveďte tuto skutečnost:

Případná sdělení rodičů pro správní řízení (rodinné poměry - zda rodina pobírá dávky sociální péče, zda do požadované MŠ již dochází sourozenec dítěte apod.)

Dítě bude docházet do MŠ: celodenně polodenně 5x za měsíc

Uveďte, zda budete uplatňovat žádost o osvobození od placení příspěvku na provoz MŠ dle zákona č. 190/1993 Sb.: Ano Ne

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby 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, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Příloha č.1

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V

.....

Razítko a podpis lékaře