**Mateřská škola, základní škola a střední škola Slezské diakonie**

Tel: 558 764 360, 737 219 382, IČO 70240655

|  |  |
| --- | --- |
| **Registrační číslo\*):** | **Číslo jednací\*):** |

\*) vyplní MŠ

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Slezské diakonie**

Na základě § 34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, **žádám jako zákonný zástupce dítěte o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |
| Datum a místo narození: |
| Místo trvalého pobytu: |
| Mateřský jazyk: |
| RČ: |
| Zdravotní pojišťovna: |
| Státní příslušnost: |

**Zákonný zástupce:**

**Zákonní zástupci se spolu dohodli, že mateřská škola bude jednat o přijetí dítěte se zákonným zástupcem:**

|  |
| --- |
| Jméno: |
| Příjmení: |
| Místo trvalého pobytu: |
| Adresa pro doručování: |
| Telefon: |

**Zákonný zástupce žádá o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od ………………………..**

|  |
| --- |
| **Dohoda o docházce dítěte do mateřské školy pro daný školní rok:** |
| **Celodenní docházka**  | **Polodenní docházka** |  **Omezená docházka:**  |

Požadovanou variantu zaškrtněte.

**Vyjádření lékaře**

Ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovnou péči a režim (zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bere pravidelně léky: ANO x NE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Možnost účasti na akcích školy (výlety): ANO x NE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dítě je řádně očkováno: ANO x NE

Dítě má kontraindikaci očkování: ANO x NE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum razítko a podpis lékaře

Nehodící se škrtněte

**Souhlas k evidování osobních a osobních citlivých údajů**

Dáváme svůj souhlas jmenované mateřské škole k tomu, aby evidovala osobní a citlivé údaje včetně rodného čísla našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění předpisů a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšetření, pro mimoškolní akce školy, úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje.

Souhlas poskytujeme pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Zavazujeme se, že v případě výskytu přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí, toto neprodleně ohlásíme učitelce v MŠ, stejně tak změnu ve zdravotním stavu dítěte. Současně budeme vždy oznamovat všechny změny, které jsou rozhodné pro pobyt dítěte v MŠ a pro styk dítěte s rodinou.

**Prohlášení:**

**Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů může správní orgán rozhodnutí o přijetí dítěte zrušit a rozhodnout ve věci znovu, v tomto případě může být zahájeno také přestupkové řízení.**

V ………………………………. dne………………….

Podpis zákonného zástupce/ zákonných zástupců dítěte: ……………………………………