



Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola, Jičíněves od _____.

dítě:

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

místo trvalého pobytu: _____

adresa pro doručování písemností: _____

(pokud není shodná s místem trvalého pobytu)

*telefon/mobil: _____

*E-mail: _____ datová schránka: _____

* Nepovinný údaj; vhodné do žádosti uvést s ohledem na pružnost správního řízení.

Dítě MÁ x NEMÁ zdravotní znevýhodnění**).

** Hodící se zakroužkujte.

Osobní údaje uvedené v této žádosti jsou zpracovávány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR) a v souladu s vnitřní směrnici školy o zpracování osobních údajů.

V _____ dne: _____

_____ podpis zákonného zástupce

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte,
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči,
- v případě dětí, pro které není předškolní vzdělávání povinné také doklad, že je dítě očkované, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci – je součástí žádosti,
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se zdravotním znevýhodněním).



Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE,*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,*)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro 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 praktické lékařství pro dětství 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