

REGISTRAČNÍ ČÍSLO DÍTĚTE (DOPLNÍ ŠKOLA): _____

Mateřská škola Neurazy, okres Plzeň-jih,
příspěvková organizace
Mgr. Lenka Čengeryová
Neurazy 74
335 55 Neurazy

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 Vás tímto

žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole,

jejíž činnost vykonává Mateřská škola Neurazy, okres Plzeň-jih, příspěvková organizace pro:

Jméno dítěte: _____

Datum narození: _____ **Rodné číslo:** _____

Národnost: _____ **Státní občanství:** _____

Místo trvalého pobytu: _____

Předškolní vzdělávání k datu: _____

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.

Byl/a jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR. Byl/a jsem poučen/a 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 dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Kontakt (telefon, e-mail): _____

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

**K této žádosti je nutno doložit také
EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE S POTVRZENÍM LÉKAŘE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**
*V případě, že dítě nebylo řádně očkováno, musí zákonný zástupce doložit, že je dítě proti nákaze
imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,
také samostatným potvrzením od pediatra.*
A PROSTOU KOPII RODNÉHO LISTU DÍTĚTE.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce / otec

podpis zákonného zástupce / matka

Vyplňuje MŠ:

Ověření podle rodného listu nebo OP dítěte provedla oprávněná osoba: _____