**Registrační číslo:**

**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 ..............................., do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola, Nepolisy**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Datum narození: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce:

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |
|  popřípadě jiná adresa pro doručování: |  |
| Telefonní číslo: | e-mail. adresa: | \*datová schránka: |

\* - Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

**Požadovaná délka docházky**: a) celodenní b) polodenní

Zákonný zástupce prohlašuje, že žádost o přijetí k základnímu vzdělávání byla projednána oběma zákonnými zástupci, kteří vyslovili souhlas se školní docházkou dítěte do ZŠ a MŠ, Nepolisy. Zákonný zástupce **žádá – nežádá**, aby byl druhý zákonný zástupce písemně informován o výsledku správního řízení. Pouze v případě “žádá“ uveďte:

 jméno, příjmení: ....................................................................................

 kontaktní adresu: ....................................................................................

Dítě 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 autismu \*)

\*) hodící se zakroužkujte

Jméno ošetřujícího lékaře: ..........................................................................................

Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podací razítko** (vyplní škola)

Základní škola a Mateřská škola, Nepolisy

Žádost přijata dne:

Číslo jednací:

Číslo registrační:

Počet listů: Počet listů příloh:

Pro účely vyřízení žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání bude škola, která je příjemcem této žádosti, zpracovávat jako správce osobní údaje Vašeho dítěte a Vás, které jsou uvedeny v této žádosti a v přílohách, ve smyslu všech ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění, a ve smyslu evropského nařízení GDPR.

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
* doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se zdravotním postižením)
* doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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 \*)**

nebo

je proti nákaze imunní **ANO NE \*)**

nebo

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

**ANO NE \*)**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře:

\*) hodící se zakroužkujte