ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA, NEPOLISY

Nepolisy 142, PSČ: 503 63, IČ: 75015706
Tel.: 734 201 415, e-mail: zs.nepolisy@seznam.cz, web: www.zsnepolisy.cz

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: _____

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.

Podací razítko (vyplní škola)
Základní škola a Mateřská škola, Nepolisy
Žádost přijata dne:
Číslo jednací:
Číslo registrační:
Počet listů: Počet listů příloh:

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