

REGISTRAČNÍ ČÍSLO:

ŘEDITELKA MATEŘSKÉ ŠKOLY

jméno a příjmení: Mgr. Alena Foltýnová

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**ŽADATEL (ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE):**

jméno a příjmení žadatele:

bydliště:

KONTAKT ID datové schránky:

* mobil:

* e-mail:

**Žádám o přijetí svého dítěte k předškolnímu vzdělávání
v Mateřské škole Mozaika Hodonín, Sídlištní 3993/4, příspěvková organizace
ke dni**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

datum narození:

dítě přihlašuji k celodennímu vzdělávání:
ANO** NE**

trvalé bydliště:

upřednostňuji budovu**
SÍDLIŠTNÍ 4
PRAVOSLAVA VESELÉHO 38
popř. třídu:sourozenec, který již do MŠ dochází a bude docházet i v roce
2021/2022:ANO** NE**
Třída:**ÚDAJE O RODINĚ:****MATKA****OTEC**

jméno a příjmení

bydliště

Souhlasím s tím, aby Mateřská škola Mozaika Hodonín, Sídlištní 3993/4, příspěvková organizace, evidovala osobní údaje ve smyslu ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění, zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech, v platném znění a v souladu s nařízením 679/2016, obecným nařízením o ochraně osobních údajů. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších změn a doplňků. Souhlas poskytuji na celé období docházky dítěte do této mateřské školy a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje. Souhlas poskytuji pouze uvedené mateřské škole, která, bez zákonem stanovených případů, nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Jako zákonný zástupce jsem povinen informovat mateřskou školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání.

Potvrzuji pravdivost a úplnost uvedených údajů.

V dne
podpis zákonného zástupce dítěte

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání byla přijata dne:
Přijetím žádosti bylo zahájeno správní řízení.

.....
podpis ředitelky školy

* *nepovinný údaj*** *nehodící se škrtněte*

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:.....

.....

.....

2. Dítě je řádně očkováno v souladu s § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů:

ANO

NE

má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.....

.....

V.....dne.....

Razítko a podpis lékaře