

Přijato dne:
Spisový znak:
Číslo jednací:
Registrační číslo:



Mateřská škola Adamov, okres České Budějovice

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Dítě

Žádám o přijetí dítěte

RČ:

Datum narození:

Státní občanství:

Místo nar.:

Zdrav. p.:

Bytem:

Typ docházky

celodenní

Údaje o rodině:

Údaje o sourozencích

Sourozenec ve škole:

Jména a datum narození sourozenců

Na základě § 34 zákona 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

Žadatel - Zákonní zástupci dítěte:

Matka - jméno a příjmení:

Bytem:

Telefon:

E-mail:

Datová schránka:

Otec - jméno a příjmení:

Bytem:

Telefon:

E-mail:

Datová schránka:

Svým podpisem potvrzujeme, že jsme byli pou eni:

- dnem podání žádosti je zahájeno správní řízení a správním orgánem byla stanovena lh ůta 7 dn ů k dodání dalších potřebných doklad ů d ležitých k p edm tnému řízení,

- řízení se opírá o zákon . 561/2004 Sb., školský zákon, zákon . 500/2004 Sb., správní řád, vyhlášku . 14/2005 Sb., o p edškolním vzd ělávání, vše v platném zn ění,

- jsme povinni do žádosti uvést úplné a pravdivé údaje, které mají vliv na toto správní řízení a doložení skute nosti je v zájmu zákonného zástupce, beru na v domí svou povinnost hlásit zm ěny údaj ů v této p ihlášce,

- dávám sv ůj souhlas Mate řské škole Adamov, aby evidovala osobní a citlivé údaje v etn rodného ísila dít ěte ve smyslu ustanovení zákona . 110/2019 Sb., o zpracování osobních údaj ů, ve zn ění pozd ějších p edpis ů. Sv ůj souhlas poskytuji pro vedení povinné dokumentace školy v souladu se zákonem . 561/2004 Sb., školský zákon, ve zn ění pozd ějších p edpis ů, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšet ění pro mimoškolní akce, úrazové pojišt ění a pro jiné ú ely související s b ěžným chodem školy. Souhlas poskytujeme na celé období p edškolního vzd ělávání na této mate řské škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace archivuje. Souhlas poskytujeme pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených p ípad ů nesmí tyto osobní a citlivé údaje poskytnout dalším osobám a ú ad m.

Podpisy rodi ů, pop ípad ě jiných zákonných zástupc

Potvrzení praktického lékaře pro děti a dorost o povinném očkování



Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů:

dítě je řádně očkováno: ano ne

dítě má trvalé kontraindikace: ano ne

dítě je proti nákaze imunní: ano ne

V dne

razítko a podpis lékaře

Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost

ke zdravotní způsobilosti, zdravotním obtížím nebo jiným závažným skutečnostem, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

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

a) zdravotní:

b) tělesné:

c) smyslové:

d) jiné:

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy:

plavání

saunování

škola v přírodě

V dne

razítko a podpis lékaře

Na základě § 22 zákona 561/2004 Sb., ve znění pozdější předpisů je zákonný zástupce povinen neprodleně informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání.

V dne

podpis zákonného zástupce