

Žadatel zastupujícího dítěte

Jméno a příjmení _____

Místo trvalého pobytu _____

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
školní rok 2024 – 2025**

Základní škola a mateřské školy Hať, příspěvkové organizaci, Na Chromině 2, Hať

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Žádám o přijetí mého dítěte _____

datum narození _____

k předškolnímu vzdělávání k datu nástupu _____

Trvalý pobyt _____ PSČ _____

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 a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. 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 jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR.

Byl jsem poučen 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.

V Hati dne:

Podpis žadatele (zákonný zástupce)

Přílohy: 1. Zápisní list

2. Doporučující vyjádření školského poradenského zařízení (v případě zdravotního postižení dítěte nebo v případě dítěte se SVP.

3. Doporučující vyjádření registrujícího lékaře (v případě zdravotního postižení dítěte)

§34 odst. 6 školský zákon: O přijetí dítěte se zdravotním postižením rozhodne ředitelka mateřské školy na základě písemného vyjádření školského poradenského zařízení, popřípadě registrujícího lékaře.

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:

1. Dítě je řádně očkováno ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? ANO NE

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? ANO NE

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? ANO NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Alergie:

Jiná sdělení lékaře:

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

Razítko a podpis lékaře