

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Rohov, příspěvková organizace od školního roku 2021/2022

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Místo narození:

Státní občanství:

Adresa trvalého pobytu:

Matka dítěte (jméno a příjmení):

Adresa trvalého pobytu:

Telefon:

ID datové schránky (pouze soukromé datové schránky)

Otec dítěte (jméno a příjmení):

Adresa trvalého pobytu:

Telefon:

ID datové schránky (pouze soukromé datové schránky)

.....
Jméno a příjmení zákonného zástupce, adresa pro doručování, e-mail

Prohlášení zákonných zástupců:

Jsme si vědomi, že uvedení nepravdivých údajů do této žádosti může mít za následek zamítavé rozhodnutí – nepřijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Dáváme svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby evidovala osobní údaje našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech, v platném znění.

Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšetření, pro mimoškolní akce školy (školní výlety), úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje.

V Rohově dne

Podpis zákonného zástupce dítěte

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

.....

Posuzované dítě:

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

.....

.....

Posuzované dítě.:

A) je řádně očkováno

B) je proti nákaze imunní (typ/druh):

.....

C) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

.....

Posuzované dítě je alergické na:

.....

.....

Dítě dlouhodobě užívá léky ANO / NE Druh/typ, dávka

.....

.....

V.....

razítko a podpis lékaře:

Dne:

.....