

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Rohov, příspěvková organizace od školního roku 2022/2023

**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: .....

.....