**Základní škola a mateřská škola Kostelní Hlavno, okres Praha –východ**

**294 76 Kostelní Hlavno 97**

**Tel.: 326971065; 734575374, tel. MŠ: 326971970;734575375**

**e-mail: zs.kostelnihlavno@volny.cz**

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Žádost o přijetí dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** | |
| Datum narození: | Rodné číslo: |
| Zdravotní pojišťovna: | Místo narození: |
| Trvalé bydliště: | |
| Státní příslušnost: | Mateřský jazyk: |

**do Základní školy a mateřské školy Kostelní Hlavno, okres Praha-východ**

**Požadovaná docházka od …………………**

|  |  |
| --- | --- |
| Celodenní | \* Ano – Ne |
| Jiná – uveďte jaká a důvod | \* Ano – Ne  /nehodící se škrtněte**/** |

**Identifikační údaje žadatele:**/zákonný zástupce dítěte/:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | |
| Trvalé bydliště: | |
| \* Telefon: | ID datové schránky: |
| \*e-mail: | |
| Doručovací adresa/pokud se liší od trvalého bydliště/: | |

**Označení správního orgánu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ředitel-jméno a příjmení | Mgr. Jana Tremlová |
| Adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy | Základní škola a mateřská škola Kostelní Hlavno, okres Praha-východ  294 76 Kostelní Hlavno 97 |

**Prohlášení rodičů:**

* prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem tohoto dítěte
* prohlašuji, že jsem byl/a seznámena s kritérii pro přijímání dětí do MŠ
* prohlašuji, že jsem byl/a seznámena s termínem, kdy se mohu vyjádřit k podkladům rozhodnutí před jeho vydáním
* jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých údajů v této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte
* tímto zároveň přihlašuji své dítě ke stravování v MŠ

V ………………… dne…………… …………………………………….. Podpis zákonného zástupce dítěte

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám souhlas základní škole k tomu, aby zpracovala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu čl. 13 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále „zákona o GDPR“). Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle §28 Zákona č.561/2004 Sb. (školský zákon) na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle „zákona o GDPR“.

\**nepovinné informace slouží k urychlení komunikace*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ*** | |
| ***Jméno a příjmení dítěte:*** |  |
| ***Datum narození:*** |  |
| ***Rodné číslo:*** |  |
| ***Trvalé bydliště:*** |  |
| ***Zdravotní pojišťovna:*** |  |
| (V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů) | |
| **Dítě:** |  |
| 1. je zdravé, **řádně očkováno** | |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
| 2. vyžaduje speciální péči v oblasti | |
|  | \* zdravotní |
|  | \* tělesné |
|  | \* smyslové |
|  | \* jiné |
| 3. alergie |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaký typ………………. |
| 4. bere pravidelně léky: |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaké……………………………….. |
| **Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do ZŠ A MŠ Kostelní Hlavno** | |
| Datum: | Razítko a podpis pediatra: |
| **U dítěte se zdravotním postižením žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení** | |