Základní škola a mateřská škola Lukavice, okres Ústí nad Orlicí
Lukavice118, Letohrad 561 51

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ - PŘIHLÁŠKA

Vyplňuje MŠ:

Číslo jednací	Registrační číslo

Žadatel:
Datum narození:
Adresa pro doručování:

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění
žádám ředitelku školy o přijetí mého dítěte:

Jméno:	
Příjmení:	
Datum narození:	Státní občanství:
Bydliště:	
Mateřský jazyk:	
Kód zdravotní pojišťovny:	Ošetřující lékař:

Zahájení školní docházky ……. školního roku ……
Na celodenní docházku od.....6:30.....hod. do.....16:00.....hod.
Na jinou docházku od.....-----……..hod. do.....--------..... hod. (individuální)

Pokud má dítě nějaká zdravotní omezení, popř. vyžaduje-li speciální péči, uveďte tuto skutečnost: …….....
Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:
1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení.
2. Doporučení odborného lékaře.

Údaje o rodině dítěte:

Jméno a příjmeníotce:	
Adresa*: (*vyplní se v případě, že se liší od adresy dítěte)	Telefon:
Zaměstnavatel - telefon:	
Jméno a příjmenímatky:	
Adresa*: (*vyplní se v případě, že se liší od adresy dítěte)	Telefon:
Zaměstnavatel - telefon:	

Jméno a rok narozenísourozenců:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

(doklad potvrzující, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování a to podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona a změně některých souvisejících zákonů).

Dítě je řádně očkováno:
Dítě je zdravé:
Dítě vyžaduje speciální péči (v oblasti): Zdravotní …..... Tělesné …..... Smyslové …..... Jiné …......
Jiná sdělení o dítěti (alergie, léky apod.):
Možnost účasti na akcích školy – plavání, výlety:
Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole.
V ..... dne ..... …....……..... Razítko a podpis lékaře

Prohlašujeme, že uvedené údaje jsou pravdivé a správné.
Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme MŠ výskyt přenosné choroby u dítěte, v rodině či jeho nejbližším okolí.

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby 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. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce: