



Základní škola, Základní škola a Mateřská škola, Frýdlant, okres Liberec
Purkyňova 510, 464 01 Frýdlant, příspěvková organizace, IČO: 63154617

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole

Registrační číslo

Zákonný zástupce dítěte

jméno a příjmení:

trvalé bydliště:

kontaktní telefon¹⁾:

e-mail¹⁾:

žádám o přijetí dítěte

jméno a příjmení:

datum narození:

trvalé bydliště:

k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole od školního roku 2018/2019

Datum nástupu dítěte k předškolnímu
vzdělávání:

od 1. 9. 2018

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámena v souladu s ustanovením § 36 zákona č. 500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 30. 5. 2018 od 13⁰⁰ do 14⁰⁰ hodin na ředitelství školy v ulici Purkyňova.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

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. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

V

Dne

Podpis zákonného zástupce dítěte:

1) - nepovinný údaj



Základní škola, Základní škola a Mateřská škola, Frýdlant, okres Liberec,
Purkyňova 510, 464 01 Frýdlant, příspěvková organizace, IČO: 63154617

Příloha č. 1 k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v MŠ

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte:

datum narození:

trvalé bydliště:

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Dítě je řádně očkováno:

ANO

NE*

Razítko, datum a podpis ošetřujícího lékaře:

* Nehodící se škrtněte