



## **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Registrační číslo

### **Zákonný zástupce dítěte**

jméno a příjmení:

trvalé bydliště:

kontaktní telefon<sup>1)</sup>:

e-mail<sup>1)</sup>:

### **žádám o přijetí dítěte**

jméno a příjmení:

datum narození:

trvalé bydliště:

### **k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole od školního roku**

Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání od:

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