*Základní škola a Mateřská škola Dvory, okres Nymburk, příspěvková organizace*

 *Dvory 40, 288 02 Nymburk*

## Číslo jednací …………….. Registrační číslo...................

# Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od………..........................

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** |  |
| Datum a místo narození  |  |
| Národnost Státní příslušnost |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |
| Trvalé bydliště |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení matky** |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Telefon, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení otce** |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Telefon, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení sourozenců dítěte**  |  |

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude

vyřizovat jeden **zákonný zástupce**

**Jméno a příjmení:**……………………………………………………………………………………………

**Doručovací adresa:**…………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE** 1. Beru na vědomí, že v souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, máme jako zákonní zástupci svého dítěte možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádřit k podkladům rozhodnutí. Beru na vědomí, že seznámit se s podklady pro rozhodnutí a vyjádřit se k nim je možné v budově školy po celou dobu řízení po telefonické domluvě se zástupkyní pro předškolní vzdělávání.
2. Beru na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Mateřské škole dávám svůj souhlas k tomu, aby v rámci přijímacího řízení 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, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. Od 25.5.2018 se zpracování osobních údajů řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR).
3. Beru na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, které ovlivní přijetí dítěte do MŠ, můžu způsobit dodatečnou změnu při rozhodování o přijetí s ohledem na stanovená kritéria pro školní rok 2022/2023
4. Beru na vědomí, že dnem podání žádosti je zahájeno správní řízení
5. Svým podpisem potvrzuji, že jsem se seznámil/a s kritérii pro přijetí dětí a se školním řádem MŠ.
6. Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl poučen o průběhu správního řízení..

Potvrzuji a zavazuji se, že budu včas hradit poplatky spojené s předškolním vzděláváním a oznámím každou změnu, která souvisí s osobními údaji a která by měla vliv na zdravotní stav dítěte a jeho docházku do mateřské školy. |

1. Připojuji vyjádření lékaře o zdravotním stavu a řádném očkování dítěte………………………………

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:**

(odpovídající zaškrtněte)

1. ☐ Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. ☐Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

☐ zdravotní

☐ tělesné

☐ smyslové

☐ jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy-plavání, škola v přírodě, výlety, bruslení ☐**ANO**☐**NE**

**POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

**podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**

Dítě ☐**JE** řádně očkované

☐ není řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro

 trvalou kontraindikaci

 ☐**NENÍ** řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně

 veřejného zdraví.

☐**jedná se o dítě, které má povinnou předškolní docházku a nemusí být řádné očkované**

V …………………….dne………… Razítko a podpis lékaře

1. Připojuji doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře – pouze v případě zdravotního postižení dítěte

**Doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře**

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do MŠ.

V………………..dne…………………..Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

1. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen a souhlasím.

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

Vyplňuje MŠ:

Žádost přijata dne …………………

Rozhodnutí odesláno dne: ………………...........č.j………......

Správní řízení ukončeno dne:…………….................................

 ……………………………………………………..

*podpis* *zástupkyně pro předškolní vzdělávání*