



Mateřská škola Velká Bíteš, Masarykovo náměstí 86, příspěvková organizace
Masarykovo náměstí 86, 595 01 Velká Bíteš, IČ: 75021439
ID datové schránky: hdkkzxv, tel. +420 725 909 813, e-mail: podatelna@skolkabites.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od **1.9.2023** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Velká Bíteš, Masarykovo náměstí 86, příspěvková organizace.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____

E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

* - Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat výše uvedený zákonný zástupce.

PREFERENCE PRACOVISTĚ:

MŠ Lánice

MŠ Masarykovo nám.

Nepreferuji žádné pracoviště

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

Potvrzení o očkování dítěte pro účely přijetí do mateřské školy

(netýká se dětí, pro které je předškolní vzdělávání od 1. 9. 2023 povinné, tj. pro děti, které dosáhnou k 31. 8. 2023 věku 5 let)

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte: _____ **Datum narození:** _____

**Místo trvalého pobytu /
u cizince místo pobytu:** _____

** nehodící se škrtněte*

- | | | |
|---|-----|------|
| 1. dítě je řádně očkováno | ANO | NE * |
| 2. dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní
nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO | NE * |
| 3. dítě není řádně očkováno z jiných důvodů
(nesplňuje podmínku § 50 zákona č. 258/2000 Sb.,
o ochraně veřejného zdraví, v platném znění) | ANO | NE * |

Datum

Razítko a podpis praktického
lékaře pro děti a dorost

Prohlášení zákonného zástupce:

Dítě vyžaduje speciální péči. ANO NE * ** nehodící se škrtněte*

V případě, že ANO, uveďte, jakou speciální péči dítě vyžaduje (smyslovou – tělesnou – jinou):

V _____, dne _____

Podpis zákonného zástupce