

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

na základě zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon), a v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a v souladu čl. 6 (1) c) s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

Žadatel : Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu, popř. jiná adresa pro doručování

Telefonní číslo: \_\_\_\_\_ e-mailová adresa \_\_\_\_\_

Datová schránka \_\_\_\_\_

### Žádost

Mateřské škole v Bílově, příspěvková organizace

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 mého dítěte k předškolnímu vzdělávání

v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Bílov, příspěvková organizace od \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_ Státní občanství: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_ Mateřský jazyk: \_\_\_\_\_

Kód zdravotní pojišťovny dítěte: \_\_\_\_\_

Dítě se podrobilo stanoveným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkováním podrobit pro trvalou kontraindikaci ANO NE

U dítěte školské poradenské pracoviště diagnostikovalo speciální vzdělávací potřeby

ANO NE

V mateřské škole se již vzdělává sourozenec

ANO NE

Žádám o přijetí k celodenní docházce

ANO NE

k polodenní docházce

ANO NE

## Prohlášení rodičů

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené informace byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům v souladu s § 21 odst. 1 písm. b) a c) zákona č. 2001/1990 Sb., o přestupcích.

*„Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Pro potvrzení tohoto, níže přikládáme své podpisy.“*

*Byli jsme seznámeni s kritérii pro přijímání dětí do MŠ Bílov ve školním roce 2024/2025*

Tento souhlas platí pro školní roky \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_.

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Razítko mateřské školy:

Datum doručení \_\_\_\_\_

Registrační číslo \_\_\_\_\_

Počet listů \_\_\_\_\_