

Mateřská škola Borová, okres Svitavy

Borová 106, IČO: 71 00 30 45

Tel: 733 670 686 e-mail: reditel.msborova@unet.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

K rukám ředitelky Bc. Lenky Vaňákové

razítko MŠ

Jméno a příjmení

dítěte

Datum narození ____ / ____ / ____

státní občanství:

RČ: _____

Bydliště _____

Místo narození _____

Mateřský jazyk _____ kód zdravotní pojišťovny ____ / ____ / ____

Datum nástupu dítěte od _____ (den, měsíc, rok)

na celodenní docházku od _____ hod. do _____ hod.

polodenní docházku od _____ hod. do _____ hod.

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jméno a příjmení _____

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa pro doručování:

Telefon:..... e-mail:.....

Zaměstnavatel:

Další zákonný zástupce:

Jméno a příjmení _____

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa pro doručování:

Telefon:..... e-mail:.....

Zaměstnavatel:

(nehodící se škrtněte)

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte _____
Bydliště _____
Celodenní stravování _____
Polodenní stravování _____

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

Upozornění:

Veškeré uvedené údaje jsou pravdivé. Jsme si vědomi, že uvedením nepravdivých údajů, které ovlivní přijetí dítěte do mateřské školy, můžeme způsobit dodatečnou změnu při rozhodování o přijetí s ohledem na stanovená kritéria platná v době zápisu dítěte do MŠ.

Bereme na vědomí, že při nedodržování Školního řádu, lze docházku dítěte do MŠ ukončit.

Zároveň dáváme souhlas Mateřské škole v Borové, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje, potřebné pro vedení školní matriky a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101 / 2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU – GDPR, a o změně některých zákonů v platném znění zákona č. 133 / 2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561 / 2004 Sb. školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace školy a případných psychologických vyšetření, mimoškolní akce školy, jako jsou školní výlety, plavecká výuka, úrazové pojištění žáků a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období školní docházky našeho dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Souhlas poskytujeme pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl/a jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE:

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Souhlasíme s fotografováním dítěte při akcích a slavnostech školy a zveřejněním fotografií na web. stránkách školy, v aplikaci, v obecním zpravodaji.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

Mateřská škola Borová, okres Svitavy

Borová 106, IČO: 71 00 30 45

Tel: 733 670 686 e-mail: reditel.msborova@unet.cz

VYJÁDRĚNÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

(nehodící se škrtněte)

Jméno dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy
jako je plavání, výlet apod.? | ANO | NE |
| 7. Je dítě řádně očkováno? | ANO | NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? | ANO | NE |
| 9. S jakým postižením? | | |
| 10. Alergie? | | |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy

Datum:

Razítko a podpis lékaře: