|  |  |
| --- | --- |
| **Žádost o přijetí DÍTĚTE****k předškolnímu vzdělávání** | zs-ms-logo_m.gif |
|  |
| **Údaje o dítěti** |
| Jméno: | Příjmení: |
| Rodné číslo: | Datum narození: |
| Mateřský jazyk: | Místo narození: |
| Trvalé bydliště: |
| Zdravotní pojišťovna: | Státní občanství: |
|  |  |
| **Údaje o rodině dítěte** |
| **OTEC** |
| Jméno a příjmení: |
| Trvalé bydliště: |
| Telefon: | E-mail: |
| **MATKA** |
| Jméno a příjmení: |
| Trvalé bydliště: |
| Telefon: | E-mail: |
|  |  |
| **Údaje o přijetí dítěte** |
| **Datum nástupu dítěte do MŠ** |  |
| **Typ docházky dítěte do MŠ** | povinná předškolní docházka \* |
|  | celodenní pravidelná docházka \* |
|  | polodenní pravidelná docházka \* |
|  | omezená docházka \* |
| \* nehodící se škrtněte |

|  |
| --- |
| K žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání připojuji vyjádření pediatra o zdravotním stavu dítěte. |
| **Vyjádření pediatra – údaje o zdravotní způsobilosti** |
| **1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:** |
| zdravotní \* | ANO | NE | \* |
| tělesné \* | ANO | NE | \* |
| smyslové \* | ANO | NE | \* |
| jiné \* | ANO | NE | \* |
| **Dítě vyžaduje asistenta (integraci):** | ANO | NE | \* |
| **2. Jiná závažná sdělení (omezení) dítěte:** |
|  |
|  |
|  |
| **3. Alergie:** | ANO  | NE | \* |
| Jaký typ: |
| **4. Bere pravidelně léky:** | ANO | NE | \* |
| V případě, že ANO, jaké: |
| Lze je podávat v MŠ laikem? | ANO | NE | \* |
| **5. Možnost účasti na akcích školy – plavání, výlety, apod.:** | ANO | NE | \* |
| S tímto omezením: |
|  |
| **6. Očkování dítěte:** | ANO | NE | \* |
| Dítě je řádně očkováno podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění. |
| Poznámka: |
| **7. Doporučuji – nedoporučuji \* přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.** |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………… |
| datum | razítko a podpis pediatra |
| \* nehodící se škrtněte |
|  |
| K žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání připojuji doporučení ŠPZ nebo odborného lékaře. |
| (vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte) |
| **Doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) nebo odborného lékaře** |
| Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do ZŠ a MŠ Křoví, Křoví 190, 594 54 Křoví, příspěvkové organizaci |
| V ………………………………………… | dne ………………………………………… |
|  | ……………………………………………………………………… |
|  | razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře |

|  |
| --- |
| **Prohlášení zákonných zástupců** |
| **1) Dohoda o ustanovení jednoho společného zmocněnce** |
| Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že veškeré písemnosti bude MŠ zasílat, předávat zákonnému zástupci: |
| Jméno a příjmení společného zmocněnce: |  |  |
| Adresa pro doručování písemností: |  |  |
| E-mail: |  |  |
|  | ANO  | NE | \* |
| **2) Prohlášení o povolení ke zpracování a evidenci osobních údajů** |
| Dávám svůj souhlas k tomu, aby MŠ, jejíž činnost vykonává ZŠ a MŠ Křoví, Křoví 190, příspěvková organizace v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje mého dítěte dle zákona č 110 / 2019 Sb. zákon .o zpracování osobních údajů.Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy, podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona, v platném znění a pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. |
|  | ANO  | NE | \* |
| **3) Prohlášení o seznámení s možností nahlížet do spisu** |
| Byl/-a jsem poučena o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání. Nahlížet do spisu, seznámit se s podklady pro rozhodnutí a vyjádřit se k nim je možné po celou dobu řízení, a to po telefonické domluvě s ředitelkou školy 566 538 137 |
|  | ANO  | NE | \* |
| **4) Prohlášení o seznámení s přidělením registračního čísla** |
| Byl/-a jsem poučen/-a o tom, že podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona, v platném znění, není rozhodnutí o přijetí automaticky zasíláno, ale bude oznámeno zveřejněním seznamu přijatých dětí na webových stránkách školy a na přístupném místě ve škole (šatna MŠ) pod registračním číslem dítěte. Registrační číslo mého dítěte, které mi bude přiděleno při zápisu do MŠ, pečlivě uschovám.Přehled přijatých dětí bude zveřejněn nejméně po dobu 15 dnů. Předpokládaný termín zveřejnění přijatých dětí bude zveřejněn na webových stránkách školy. |
|  | ANO  | NE | \* |
| **5) Prohlášení o uvedení pravdivých údajů** |
| Prohlašuji, že jsem v žádosti uvedl/-a pravdivé údaje. Jsem si vědom/-a, že pokud správní orgán zjistí, že uvedené údaje jsou nepravdivé, může zrušit rozhodnutí a rozhodovat ve věci znovu a může být také zahájeno přestupkové řízení. |
|  | ANO  | NE | \* |
| **6) Prohlášení o zdravotním stavu** |
| Prohlašuji, že jsem nezamlčel/-a žádné závažné skutečnosti a informace o zdravotním stavu mého dítěte.Zároveň prohlašuji, že v případě změny zdravotního stavu mého dítěte v průběhu docházky do mateřské školy, tuto změnu ihned oznámím p. učitelce nebo ředitelce MŠ. Rovněž se zavazuji, že neprodleně oznámím výskyt přenosného infekčního onemocnění v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, s níž přišlo dítě do styku. |
|  | ANO  | NE | \* |
| Prohlašuji, že jsem pečlivě zvážil/-a všechna výše uvedená prohlášení a uvedené údaje v žádosti o přijetí a jejich pravdivost stvrzuji svým podpisem. |
| V ………………………………………… | dne ………………………………………… |
| …………………………………………………………… | …………………………………………………………… |
| podpis zákonného zástupce | podpis zákonného zástupce |
| \* nehodící se škrtněte |
|  |
| **Nevyplňujte – vyplní škola** |
| Žádost byla doručena na MŠ dne: | Číslo jednací: |