

| | |
|---|------------------------|
| ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ LENTILKA – FIREMNÍ MATEŘSKÁ ŠKOLA JMK Žerotínovo nám. 1, Kounicova 16 IČ: 00401803 | Číslo vyplní MŠ |
|---|------------------------|

| Dítě | |
|---|--|
| Příjmení | |
| Jméno | |
| Datum narození/RČ | |
| Bydliště | |
| Nástup od | |
| Preferované pracoviště/třída <small>není povinné</small> | |
| Spádová MŠ (název a adresa) | |

| Rodiče dítěte, zákonní zástupci | |
|---|--|
| Jméno a příjmení otce | |
| Datum narození | |
| Trvalé bydliště | |
| Zaměstnavatel | |
| Nástup do zaměstnání od | |
| Jméno a příjmení matky | |
| Datum narození | |
| Trvalé bydliště | |
| Zaměstnavatel | |
| Nástup do zaměstnání od | |
| Sourozenci, kteří jsou již přijati do Lentilky – jméno a příjmení | |
| | |

Vyjádření dětského lékaře

Ošetřující lékař dítěte potvrzuje, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, případně přidává doklad o tom, že je proti nákaze imunní, nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, a to podle ustanovení §50 zákona č. 250/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů.

| | | | |
|--|--------------------------------|------------------|----|
| Vyjádření lékaře k povinnému pravidelnému očkování | dítě je řádně očkováno: | ano | ne |
| | dítě má trvalé kontraindikace: | ano | ne |
| | dítě je proti nákaze imunní: | ano | ne |
| Vyjádření lékaře o zdravotním stavu | | | |
| Datum | | Razítko a podpis | |

Prohlášení

Dáváme svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a 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., školský zákon v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšetření, pro mimoškolní akce školy (školní výlety), úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

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 přišlo dítě do styku.

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do mateřské školy bude vyřizovat:

| | |
|------------------------------------|--|
| zákonný zástupce (jméno, příjmení) | |
| adresa pro doručování | |
| adresa pro emailovou korespondenci | |
| číslo mobilního telefonu | |
| Datum podání žádosti | |
| Podpis žadatele | |