

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ LENTILKA – FIREMNÍ MATEŘSKÁ ŠKOLA JMK	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 očkování

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