**ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ**

**O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Jméno a příjmení dítěte**

Datum narození: Adresa trvalého pobytu:

Zdravotní pojišťovna: Státní občanství:

Datum nástupu do MŠ:

Požadovaná délka pobytu dítěte v MŠ: celodenní: ANO x NE

 jiný požadavek:

**Jméno a příjmení matky**: telefon:

Adresa trvalého pobytu:

*(pokud se liší od adresy uvedené u dítěte)*

e-mail:

**Jméno a příjmení otce**: telefon:

 Adresa trvalého pobytu:

*(pokud se liší od adresy uvedené u dítěte)*

e-mail:

**Zákonní zástupci si zvolili společného zmocněnce pro jednání ve správním řízení a pro doručování písemností v souladu s § 20 a § 35 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád:**

Jméno a příjmení:

Adresa pro doručování písemností:

* *Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace škol podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.*
* *Byl jsem seznámen s kritérií přijímání dětí do mateřské školy.*
* *Byl jsem seznámen s tím, že mám právo po celou dobu správního řízení až do doby vydání rozhodnutí, a to po předchozí telefonické či ústní domluvě, nahlížet do spisu svého dítěte a vyjádřit se k podkladům k vydání rozhodnutí.*

Zákonní zástupci svým podpisem potvrzují pravdivost uvedených údajů a prohlašují, že byli seznámeni s nakládáním s osobními údaji podle platné legislativy.

 V Tiché dne:

 Podpisy zákonných zástupců:

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

1/ Dítě je řádně očkováno **ano - ne**

2/Dítě není očkováno z důvodu trvalé kontraindikace **ano - ne**

3/ Dítě vyžaduje speciální péči **ano - ne**

4/ Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy **ano - ne**

Zdravotní stav dítěte (vady a omezení výslovnosti, alergie, znevýhodnění):

# Datum:

 …….………………………………………… razítko a podpis lékaře

**Přijetí žádosti v mateřské škole:**

Žádost přijata pod číslem jednacím: ZŠ-Tichá-

dne:

Podpis odpovědného pracovníka: