

Registrační číslo.....
(doplní škola)

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ
DO MATEŘSKÉ ŠKOLY LIPNÍK,**

jejíž činnost vykonává **Základní škola a Mateřská škola Lipník,
okres Třebíč, příspěvková organizace**

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v MŠ Lipník od 1.9.2024

Žadatel (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Doručovací adresa (pokud je odlišná od trvalého pobytu): _____

Tel. číslo _____ **e-mail** _____

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do MŠ bude vyřizovat uvedený zákoný zástupce („žadatel“), který je zároveň zmocněn k doručování písemností týkajících se práv zájmů dítěte.

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu _____

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ:

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu.
2. Bereme na vědomí, že v souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, máme jako zákonní zástupci svého dítěte možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádřit k podkladům rozhodnutí. Bereme na vědomí, že seznámit se s podklady pro rozhodnutí a vyjádřit se k nim je možné v budově školy po celou dobu řízení po telefonické domluvě s ředitelkou školy (tel. 566 466 170, 705 105 181).
3. Bereme na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Souhlasíme se zpracováním osobních a citlivých údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Souhlas poskytneme na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje.

V _____ dne _____

Podpis zákonných zástupců _____

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození _____

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (odpovídající zaškrtněte):

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné: _____

3. Jiná závažná sdělení o dítěti:

4. Alergie:

5. **POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**
podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Dítě JE řádně očkováno

NENÍ řádně očkováno z důvodu kontraindikace

NENÍ řádně očkováno

6. Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety a jiné sportovní aktivity.

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře: