

Mateřská škola Starý Bydžov, Starý Bydžov 13 , 503 57, tel. 495 493 020,
IČO: 71007601, starybydzovms@seznam.cz

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Starý Bydžov

od _____

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Telefon, email**) _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Dítě **JE x NENÍ***)diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

podpis zákonného zástupce

V _____ **dne** _____

*)hodící se zakroužkujte

**)nepovinný údaj

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat v rozsahu nezbytném pro vedení řízení a uchovávat po dobu 5 let.

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO x NE^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

ANO x NE^{*)}

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



^{*)} hodící se zakroužkujte