



Základní škola a Mateřská škola Havlíčkův Brod, Wolkerova 2941, 580 01 Havlíčkův Brod

tel. 569 431 340, e-mail: sekretariat@zswolkerova.cz , www.zswolkerova.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žadatel:

Jméno a příjmení _____

Místo trvalého pobytu _____

Adresa pro doručování: _____

Kontaktní telefon: _____ e-mail: _____

ŽÁDÁM O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO: Mateřské školy Havlíčkův Brod, Na Svahu 3049

K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ K DATU: _____

TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ: a) celodenní b) polodenní c) omezená

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____ státní občanství _____

Místo trvalého pobytu _____

Sourozenci: Jméno a rok narození _____

Navštěvuje školu (školku) _____

1. Poskytnuté osobní údaje škola zpracovává pro účely přijímacího řízení a dále pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona v platném znění, včetně vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. Právním titulem pro zpracování osobních údajů je plnění právní povinnosti školy, dané školským zákonem (v souladu s článkem 6 odst. 1 písm. c) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů a se zákonem č. 110/2019 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění).
2. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 110/2019 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR (bližší informace o zpracování osobních údajů na www.zswolkerova.cz).
3. Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu a vyjádřit se k podkladům pro rozhodnutí po celou dobu řízení, po telefonické domluvě se zástupkyní ředitele školy na tel. čísle 569 427 642.

4. Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: _____

5. Připojujeme potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte.

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Dítě JE

NENÍ

řádně očkováno.

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, ...*další aktivity jiné než tyto uvedené...*

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen a souhlasím

Podpis zákonného zástupce:

V Havlíčkově Brodě, dne: