**Mateřská škola, Pokřikov, okres Chrudim**

|  |
| --- |
| Přijato dne…………Sp.znak………….  Počet listů…………Počet příloh…..  Č. jednací…………………..  Zpracovatel……………….. |

**Pokřikov 94, 539 01 Hlinsko, IČ 70156735**

k rukám ředitele školy

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů **žádám o přijetí** **dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2023/2024** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola, Pokřikov, okres Chrudim.

**Jméno a příjmení dítěte**:……………………………………………………………………………………………………….

Datum narození:……………………………………….rodné číslo:……………………..občanství:…………………

adresa trvalého pobytu (město-obec, ulice, č.p.,PSČ:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

název zdravotní pojišťovny, u níž je dítě pojištěno………………………………………………………………….

**1.Zákonný zástupce dítěte**……………………………………………………………………………………………………..

Telefon:……………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu (město-obec, ulice, č.p., PSČ):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Email:………………………………………………………………………….

Datová schránka (pokud je zřízena):…………………………………………………………

**2.Zákonný zástupce dítěte**……………………………………………………………………………………………………..

Telefon:……………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu (město-obec, ulice, č.p., PSČ):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Email:………………………………………………………………………….

Datová schránka (pokud je zřízena):…………………………………………………………

**Prohlášení zákonných zástupců:**

Jsme si vědomi, že neuvedení nepravdivých údajů do této žádosti může mít za následek zamítavé rozhodnutí – nepřijetí dítěte.

U dítěte s potřebou podpůrných opatření žadatel o přijetí do MŠ předloží vyjádření školského poradenského zařízení, či odborného lékaře.

Byli jsme seznámeni s kritérii pro přijetí do mateřské školy.

**Vyjádření souhlasu:**

Souhlasím s tím, aby Mateřská škola, Pokřikov, okres Chrudim evidovala osobní údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, nařízením Evropského parlamentu Rady EU 216/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel 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, úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje.

Souhlas poskytujeme pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

V………………………………………… dne……………………………………

Podpis zákonného zástupce dítěte:…………………………………………………………………………………………

Pro dodržení podmínek, stanovených §5 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

|  |
| --- |
| **Vyjádření dětského lékaře:**  Jméno a příjmení dítěte:  Datum narození:   1. 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 očkovací hexevakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) **ANO NE**   *nebo*  je proti nákaze imunní ANO NE  nebo  nemůže se očkování podrobit proti kontraindikaci ANO NE   1. Alergie ANO NE 2. Dieta ANO NE 3. Bere dítě pravidelně léky – jaké? ANO NE 4. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ – s jakým postižením? ANO NE 5. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE   ……………………………………………. ……………………………………………………  Datum razítko a podpis pediatra  \*) hodící se zakroužkujte |