**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**DO MATEŘSKÉ ŠKOLKY STÁRKOV**

**Číslo jednací:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žádost přijata dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Žádáme o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola, Stárkov.
Žádosti vyřizuje Mgr. Marie Seidlová ředitelka ZŠ a MŠ Stárkov.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |   |
| **Datum narození dítěte:** |   |
| **Místo trvalého pobytu:** |    |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce:** (popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat) |  |
| **Místo trvalého pobytu:** |  |
| **Adresa pro doručení písemností** (pokud není shodná s místem trvalého pobytu)**:** |   |
| **Telefonní kontakt\*\*)** |   |
| **E - mailová adresa\*\*)** |  |
| **Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání:** |  |

**\*\*) nepovinný údaj**, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním **pouze pro účel** zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

Dítěti **JE x NENÍ\*)** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus. **\*) hodící se zakroužkujte**

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.
Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené informace byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Souhlasím, aby mateřská škola, jejíž činnost vykonává výše uvedená organizace, v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona
 č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění.

**Ve Stárkově dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 podpis zákonného zástupce

**Čestné prohlášení o očkování dítěte**

Prohlašuji, že \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se podrobil (a) všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

Příloha: kopie očkovacího průkazu