

Zákonný zástupce – matka (jméno, příjmení): _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Zákonný zástupce – otec (jméno, příjmení): _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu

vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno, příjmení) - _____

Žádost

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 k předškolnímu vzdělávání v Základní škole a Mateřské škole Zabuřany, v místě poskytovaného vzdělávání v Mateřské škole Zabuřany,

od 1.9.2023

Jméno, příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Základní školu a Mateřskou školu Zabuřany navštěvuje sourozenec

Jméno, příjmení: _____ Škola (mateřská, základní): _____

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby 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 a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR.

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.

V _____ dne _____

_____ podpisů obou zákonných zástupců dítěte

.....
Základní škola a Mateřská škola Zabuřany

Datum převzetí: _____

Podpis příjemce: _____

Vyjádření lékaře

Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO ¹⁾	NE ¹⁾
Bere dítě pravidelně léky?	ANO ¹⁾	NE ¹⁾
Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy? (plavání, výlety..)	ANO ¹⁾	NE ¹⁾
Podrobilo se dítě stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci?	ANO ¹⁾	NE ¹⁾
Jiná sdělení lékaře:		
..... Datum Podpis lékaře, razítko	

¹⁾ nehodící se škrtněte