**Mateřská škola Mikulovice, okres Jeseník**

Sokolská 475 , 790 84 Mikulovice, IČ: 60801093

ID datové schránky: nh6xvv, tel. 721300548, email: ms.mikulovice@tiscali.cz

**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 Mikulovice, okres Jeseník**

**DÍTĚ:**

Jméno a příjmení:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Místo trvalého pobytu:

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:**

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon a e-mail\*:

Následující školní rok **JE / NENÍ** posledním školním rokem dítěte před zahájením povinné školní docházky.

Nástup dítěte do MŠ požaduji od:

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

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a podpis zákonného zástupce

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

*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 pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.*

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 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 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 očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) | ANO | NE |
| *nebo*  je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| *nebo*  nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci  Jiné závažné sdělení o zdravotním stavu dítěte – alergie, zdravotní omezení, aj.  Datum Razítko a podpis lékaře | ANO | NE |