

**Mateřská škola Klubíčko Lomnice nad Popelkou příspěvková organizace
Bezručova 1534, Lomnice nad Popelkou 512 51**

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte (žadatel)

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:

Trvalý pobyt (adresa):.....

Kontaktní telefon **:.....

E-mail **:

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého pobytu*: ANO/ NE

uveďte adresu pro doručování (pokud není shodná s adresou trvalého pobytu)

.....

Žádám o přijetí dítěte (účastník řízení)

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Trvalý pobyt (adresa):.....

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Klubíčko
Lomnice nad Popelkou, příspěvková organizace
od

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí v budově Mateřské školy Klubíčko příspěvková organizace Bezručova 1534, Lomnice nad Popelkou do 15 ti kalendářních dnů od převzetí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání. Termín lze sjednat po předchozí telefonické nebo ústní dohodě s ředitelkou školy. Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je vyjádření dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vdne.....

podpis zákonného zástupce dítěte.....

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č.365/2000 Sb. o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zpracování, nakládání s údaji je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volnému pohybu těchto údajů v platném znění (dále jen GDPR).

Vyjádření lékaře je nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Potvrzení praktického lékaře pro děti a dorost o povinném očkování

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození:	
Dítě se podrobilo povinnému očkování, nebo má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, dle ust. § 50 zák. č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví	
*ANO	*NE
**Jiná sdělení lékaře (odchylky v psychomotorickém vývoji, zdravotní znevýhodnění, ..):	

Vdne.....

**nehodící se škrtněte*

***nepovinný údaj*

datum:

razítko a podpis lékaře

*Totožnost zákonného zástupce ověřena dle OP
Totožnost dítěte byla ověřena dle rodného listu*

