M A T E Ř S K Á Š K O L A S O L N I C E

Kvasinská 553 , 517 01 Solnice

**IČO : 70979642 e-mail: mssolnice@seznam.cz tel.494 596 475**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------**

 Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává** *Mateřská škola Solnice* **od** (*školní rok popř. datum) ……………………………. .*

**Dítě:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu), **telefon**:

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

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

 podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne: \_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

* rodný list dítěte
* průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
* doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se zdravotním postižením)
* doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO x NE\*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. ANO x NE\*)

Datum: Razítko a podpis lékaře:

Dítě JE x NENÍ zdravotně postižené\*).

\*) hodící se zakroužkujte

**Poučení:**

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a) o tom, že touto žádostí je ve smyslu § 44, odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (Správní řád), zahájeno správní řízení ve výše uvedené věci.

Zákonní zástupci souhlasí s tím, že škola shromažďuje údaje o dítěti v souladu s § 28 odst. 2 písm. a,g,i zákona č. 561/2004., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ( školský zákon) a dále podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, slouží pro potřeby školy a jsou náležitě chráněny.

Jsme si vědomi, že uvedení nepravdivých údajů do této žádosti může mít za následek zamítavé rozhodnutí
 - nepřijetí dítěte