**Číslo jednací:** ……………….

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

|  |
| --- |
| **1. Zákonní zástupci:** |

**Jméno a příjmení** zákonných zástupců dítěte:

|  |  |
| --- | --- |
| Matka | Otec |
| Datum narození | Datum narození |

**Trvalý pobyt:**

(ulice, číslo popisné, obec, poštovní směrovací číslo):

|  |  |
| --- | --- |
| Matka | Otec |

**Datová schránka ID:**

|  |
| --- |
|  |

**Kontakty\*:**

|  |
| --- |
| **Telefon:**  **E-mail:** |

**Zákonný zástupce matka/otec\* je: zaměstnanec (v pracovním poměru) UTB/student UTB**\*(\*nehodící se škrkněte)

|  |
| --- |
| **2. Dítě:** |

**Jméno a příjmení dítěte, trvalé bydliště:**

|  |
| --- |
|  |

**Datum a místo narození:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Doplňující informace:** |

|  |
| --- |
| Tímto žádáme o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do UMŠ Qočna k datu od…………………………………... |

\*nepovinný údaj – pro lepší a rychlejší komunikaci a pružnost správního řízení

|  |
| --- |
| **4. Vyjádření dětského lékaře:** |

**Vyjádření dětského lékaře:**

**Předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (zákon č. 258/2000 Sb. § 34 odst. 5, o ochraně veřejného zdraví).**

**DOPORUČUJI****NEDOPORUČUJI**

přijetí dítěte do předškolního zařízení

*Jiná doporučení ošetřujícího lékaře:*

Datum:

razítko a podpis lékaře

Dítě se speciálně vzdělávacími potřebami ano x ne (\*nehodící se škrkněte).

|  |
| --- |
| **5. Prohlášení zákonných zástupců dítěte:** |

**Svým podpisem potvrzujeme:**

* Že jsme do žádosti uvedli úplné a pravdivé údaje, které mají vliv na toto řízení.
* 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. 101/200 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 - 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.

**Ve Zlíně dne**…………………

**Jméno** (hůlkovým písmem) ………………………………………………….

**Podpis zákonného zástupce (žadatele):** ……………………………............