**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K CELODENNÍMU PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

do Mateřské školy……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Statní občanství: |  |
| Mateřský jazyk: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |
| Jméno a kontakt na pediatra: |  |
| Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte, popřípadě jiné důležité informace: |  |

**zákonní zástupci dítěte:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA** | **OTEC** |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |  |
| Tel. číslo: |  |  |
| E – mail: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Podpis matky: |
| Datum:  | Podpis otce: |

**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE KE STRAVOVÁNÍ**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození: |  |
| Celodenní stravování |  |

**zákonní zástupci dítěte:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA** | **OTEC** |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |  |
| Tel. číslo: |  |  |
| E – mail: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Podpis matky: |
| Datum:  | Podpis otce: |

**OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

**Ve smyslu ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a účinnosti nařízení Evropského parlamentu a Rady /EU/ 2016/ 679 ze dne 27.4.2016 dávám svůj souhlas organizaci Mateřské školy Kutná Hora ke zpracování a evidování osobních údajů a osobních citlivých údajů mého dítěte. Podle zákona č. 561/2004 Sb. toto dávám k vedení povinné dokumentace školy a zdravotní dokumentace.**

**Tento souhlas dávám pouze po dobu docházky mého dítěte do mateřské školy.**

**Všechny uvedené údaje jsou pravdivé.**

**Kutná Hora dne: podpis zákonného zástupce:**

 **………………………………**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození: |  |

**Vyjádření lékaře:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jde o dítě se speciálně vzdělávacími potřebami? |  |
| Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? |  |
| Trpí dítě chronickým onemocněním? |  |
| Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlety? |  |
| Bere dítě pravidelně léky? |  |
| Je dítě očkováno? |  |
| Doporučuji přijetí dítěte do MŠ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Razítko lékaře |
| Datum:  | Podpis lékaře |