

**Mateřská škola Břestek, okres Uherské Hradiště**

IČO: 75020629

tel.: 572 595 717

e-mail: msbrestek1@gmail.com

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

<b>Č. j.</b>	
<b>Registrační číslo</b> (přidělené žadateli dle §183, zák.č.561/2004 Sb., v platném znění)	

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE**

<b>Jméno a příjmení</b>	
<b>Datum narození</b>	
<b>Bydliště</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Email:</b>	

**žádá o přijetí dítěte**

**Jméno a příjmení:** .....

Narozené/ho dne: .....

S trvalým pobytem: .....

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Břestek, okres Uherské Hradiště,  
687 08 Břestek 102

**ve školním roce 2022 – 2023**

Pro stanovení podmínek pobytu dítěte v MŠ podle § 1 vyhlášky č.14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů uvádím/e k žádosti následující doplňující údaje:

- Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ - úplná pravidelná po celý měsíc;
  - nejvýše 4 hodiny denně;
  - nejvýše 5 kalendářních dnů v měsíci.
- Jiný požadavek zákonného/zákonných zástupce/zástupců dítěte na pobyt v MŠ:

.....

Uveďte, zda budete uplatňovat žádost o osvobození od placení příspěvku na provoz MŠ dle § 6 odst. 6 vyhlášky č. 14/2005 Sb.: ANO NE

**Mateřská škola Břestek, okres Uherské Hradiště**

IČO: 75020629

tel.: 572 595 717

e-mail: msbrestek1@gmail.com

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné.

Dávám souhlas Mateřské škole Břestek, okres Uherské Hradiště, 68708 Břestek 102 k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace a psychologických vyšetření, focení dětí, mimoškolních akcí školy jako výlety, školy v přírodě, přijímací řízení, úrazové pojištění žáků a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Informace o zpracování svých osobních údajů naleznete na webových stránkách školy [www.msbrestek.cz](http://www.msbrestek.cz) ve složce „Ke stažení“ – „Zpracování osobních údajů“.

Souhlas poskytuji po celé období školní docházky mého dítěte do této školy a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se dokumentace na škole povinně archivuje.

Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Jsem poučen/a o svém právu tento souhlas kdykoliv odvolat, a to bez udání důvodů.

Zákonné zástupce (dále jen rodiče) upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mají rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů. Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (školou). Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě (škole), má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče.

V ..... dne .....

Podpisy zákonných zástupců dítěte

.....

.....

**Mateřská škola Břestek, okres Uherské Hradiště**

IČO: 75020629

tel.: 572 595 717

e-mail: msbrestek1@gmail.com

**POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví  
(v případě povinného předškolního vzdělávání **NENÍ POVINNÉ** vyplnit!)

.....  
*Jméno a příjmení dítěte*

.....  
*Datum narození*

Dítě

- JE řádně očkované,  
 není řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,  
 **NENÍ** řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V.....dne .....

Razítko a podpis lékaře:

**POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**  
(v případě že dítě nemá zdravotní omezení **NEVYPLŇUJTE!**)

.....  
*Jméno a příjmení dítěte*

.....  
*Datum narození*

Vyjádření lékaře:

V.....dne .....

Razítko a podpis lékaře: