Mateřská škola Střed, příspěvková organizace města Kyjova, Mezi Mlaty 2, 697 01 Kyjov

telefon: 518 612 039 e-mail: skolka@msstred.cz

Registrační

datová schránka: 24763bc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

číslo žádosti (*vyplňuje MŠ) :*

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Zákonný zástupce dítěte (*jméno a adresa, adresa k doručování):***

***\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Telefon:***

***e-mail:***

***\_\_\_\_\_***

***datová schránka:***

**žádá ve shodě s druhým zákonným zástupcem o přijetí dítěte**

jméno a příjmení dítěte : ………………………………...….nar………………

s trvalým pobytem ………………………………………………...……….……..

**k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Střed, příspěvkové organizaci**

**města Kyjova, Mezi Mlaty 2, 697 01 Kyjov ve školním roce 2025/ 2026,**

**s datem nástupu od ..................................**

Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ:



celý den denně

ano ne

(*nehodící škrtněte)*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1

. Dítě splňuje zdravotní způsobilost podle §50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně

veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

Lékařské potvrzení dodáno dne (*vyplňuje MŠ)* : ………………………………………

2

. Dítě vyžaduje speciální péči

Doporučení příslušného ŠPZ dodáno dne (*vyplňuje MŠ)*: ………………………….......

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ano ne:

-

Mateřskou školu Střed ve školním roce 2024/2025 navštěvuje sourozenec dítěte : ANO

NE

*Jméno dítěte:*

***Dávám – nedávám*** *svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala mé osobní*

*údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000Sb.o ochraně osobních údajů*

*v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke 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. Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem*

*stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace archivuje.*

*Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., a podle Evropského nařízení ke GDPR.*

*Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním*

*řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti.*

**Prohlašuji, že jednám ve shodě s druhým zákonným zástupcem dítěte.**

V …Kyjově…. dne ………………

Podpis žadatele-zákonného zástupce: ………………………………

