REGISTRAČNÍ ČÍSLO:

(vyplní škola)

|  |
| --- |
| **ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA KARLŠTEJN**Karlštejn 67, 267 18, tel.311681149, ms1@skolakarlstejn.cz, [www.skolakarlstejn.cz](http://www.skolakarlstejn.cz) |

**ŽÁDOST Čj………………**

**o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1)****údaje****o dítěti** | **jméno** |  |
| **příjmení** |  |
| **datum a místo narození** |  |
| **rodné číslo\*** |  |
| **státní občanství\*\*** |  |
| **trvalé bydliště (podle OP)** |  |
| **adresa bydliště, pokud se liší od adresy trvalého pobytu** |  |
| \* RČ bude MŠ užívat výhradně podle nařízení zákona, jiné užití je nepřípustné |
| \*\*u dětí (rodičů) s cizím státním občanstvím je dokladem povolení k přechodnému či trvalému pobytu |
| **2)****údaje** **o** **zákonných****zástupcích** | **zákonnými zástupci dítěte jsou oba rodiče, pokud soud nestanoví jinak****(=zbavení rodičovských práv, svěření do náhradní péče)** |
| **jméno a příjmení** | **matky** | **otce** |
| **trvalé bydliště** |  |  |
| **adresa pro doruč.****písemností** |  |  |
| **telefon** |  |  |
| **mail** |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3)****zpráva****lékaře****o způsobilosti****dítěte****k docházce,****očkování dle očkovacího kalendáře**Pokud je pro dítě předškolní vzdělávání povinné, nepožaduje škola doklad o očkování.  | **Dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře ČR:****Informace o psychomotorickém vývoji dítěte:****Informace o zdravotních omezeních dítěte:****Jiná závažná sdělení a doporučení lékaře:****Dítě je zdravé, může do kolektivního zařízení.****datum razítko a podpis lékaře** |

Dávám svůj souhlas Základní škole a Mateřské škole Karlštejn ke zpracování a evidování osobních údajů a osobních citlivých údajů, včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných čísel v platném znění.

 Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, úrazové pojištění žáků, zveřejňování fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

Žadatel svým podpisem potvrzuje, že byl seznámen s registračním číslem žádosti, svou žádost o přijetí do MŠ Karlštejn projednal s druhým zákonným zástupcem, veškeré údaje uvedl pravdivě, byl poučen o svých právech a všemu plně rozumí.

**Možnost nahlédnutí do spisu :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_podpis**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_