

Mateřská škola- U Letiště s.r.o.

Reg.č.:	__
Č.j.:	__/20__ - __
Sp.zn.:	__/20__

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení:.....
Datum narození:

Trvalé bydliště:.....
Kontaktní telefon (nepovinný údaj):.....
E-mail (nepovinný údaj):

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO/ NE
Uveďte adresu pro doručování:.....

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:.....
Datum narození:.....
Trvalé bydliště:.....

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole- U Letiště s.r.o.

od školního roku 2018/2019

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36, odst.3 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 14.6.2018 od10:00 do11:00 v budově Mateřské školy- U Letiště s.r.o.

Souhlasím se zpracováním a evidováním osobních a osobních citlivých údajů. Dávám 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. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V dne.....
.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Mateřská škola- U Letiště s.r.o.

Příloha č.1

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě.....datum narození..... podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

V

.....

Razítko a podpis lékaře