



ZŠ a MŠ Proseč

Základní škola a mateřská škola Proseč

Rybenská 260, 539 44 Proseč u Skutče, IČO: 75018772
tel.: 469321291, www.zsprosec.cz, email: skola@zsprosec.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Správní orgán (škola)

Základní škola a mateřská škola Proseč, Rybenská 260, 539 44 Proseč, příspěvková organizace, zastoupená
Mgr. Romanou Peškovou, ředitelkou školy

Zákonný zástupce žadatele (dítěte):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Jiná adresa pro doručování (poštovní adresa, datová schránka):

Další kontaktní údaje (e-mail, telefon – nepovinné, ale pro nás velmi potřebné údaje¹):

Žadatel (dítě):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Doplňující informace k žádosti (pokud jsou uvedeny v kritériích školy, jsou potřebné k posouzení):

.....

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
do Základní školy a mateřské školy Proseč,
příspěvkové organizace, od:**

Má dítě zdravotní omezení?

ANO – NE

(Pokud ANO, je nutné doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dítěte).

Doplňující informace:

Základní škola a mateřská škola Proseč je správcem osobních údajů. Informace o zpracování svých osobních údajů naleznete na <https://www.msprosec.cz/skolka/dokumenty/gdpr>. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

V Proseči dne

Podpis zákonného zástupce:

¹ Uveďte, pokud chcete být jejich prostřednictvím v případě potřeby kontaktováni.



POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

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

.....
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: