

Základní škola a Mateřská škola Kopidlno

Tomáše Svobody 297, 507 32 Kopidlno

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:

Datum přijetí žádosti:

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení:

Datová schránka:

Emailová adresa:

Trvalé bydliště:

Adresa pro doručování:

Kontaktní telefon

Matka:

Otec:

Dítě je v péči

(požadovanou variantu zakroužkujte):

Obou rodičů

Matky

Otce

Náhradní péče

žádá podle ustanovení § 36, odstavce 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

o přijetí dítěte

Jméno a příjmení:

Místo narození:

Státní občanství:

Datum narození a rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Adresa pro doručování:

Alergie, zdravotní omezení:

Ošetřující lékař:

Zdravotní pojišťovna:

Dítěti **JE x NENÍ** *) diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

*) hodící se zakroužkujte

k předškolnímu vzdělávání v Základní škole a Mateřské škole Kopidlno

pro školní rok 2024/2025

Poznámka:

Povinnou přílohou této žádosti je kopie rodného listu.

V případě, že dítě není v péči obou rodičů, je zapotřebí doložit rozhodnutí o svěřeni dítěte do péče.

Základní škola a Mateřská škola Kopidlno

Tomáše Svobody 297, 507 32 Kopidlno

Pokud dojde k jakékoli změně výše uvedených údajů, je zákonný zástupce neodkladně povinen písemně informovat o nastalých skutečnostech školy.

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby 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 Evropského nařízení k GDPR. Dále dávám základní škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb. Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého dítěte, existuje-li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho zdraví.

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, přijímacího řízení na střední školy, úrazového pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytuji po dobu o jeden rok delší než je doba školní docházky mého dítěte (z důvodu časové dotace pro skartaci). Byl jsem poučen o svých právech, zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů, o právu přístupu k těmto údajům, právu na jejich opravu, o tom, že poskytnutí osobního údaje je dobrovolné, o právu na sdělení o tom, které osobní údaje byly zpracovány a k jakému účelu. Dále potvrzuji, že jsem byl poučen o tom, že pokud zjistím nebo se budu domnívat, že škola provádí zpracování osobních údajů, které je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života subjektu údajů nebo v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, mohu požádat uvedené instituce o vysvětlení, požadovat, aby škola odstranila takto vzniklý stav.

Datum:

Podpis zákonného zástupce dítěte:

Základní škola a Mateřská škola Kopidlno

Tomáše Svobody 297, 507 32 Kopidlno

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE, *)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE, *)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO x NE, *)

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče.

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

*) hodící se zakroužkujte