

Základní škola a Mateřská škola Lesnice, příspěvková organizace



tel.: 607 036 511, 583 416 019
web: www.zslesnice.cz; mail: skola@zslesnice.cz
číslo účtu: 181 798 399/0300
Lesnice 159; 789 01 Lesnice; IČ: 70986045; ID DS: acamew3
ředitelka: Mgr. Bc. Marie Effenberger Rychlá

.....

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
do Základní školy a Mateřské školy Lesnice, příspěvková organizace**

Dítě:

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Místo trvalého pobytu.....

**Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení
(dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Místo trvalého pobytu.....

Telefon*:.....

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého
pobytu):

.....

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 zákona č. 561/2004 Sb. 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.

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 nahlížet do spisu.

V Lesnici, dne _____

podpis zákonného zástupce

Vyjádření lékaře

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO x NE *)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE *)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky (dočasná kontraindikace)

ANO x NE *)

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



*) hodící se zakroužkujte