

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu 3 let.

## Mateřská škola, Náchod, Myslbekova 4

---

### Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola, Náchod, Myslbekova 4 pro školní rok 2024/2025.

#### Účastník řízení (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: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

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

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

<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte

Telefonní číslo<sup>\*\*)</sup> \_\_\_\_\_ e-mailová adresa<sup>\*\*)</sup> \_\_\_\_\_

<sup>\*\*)</sup> **nepovinný údaj**, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním **pouze pro účel** zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou (dočasnou) kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

## POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

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:



<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte