

**Mateřská škola U Dvou sluníček, Brněnec, okres Svitavy**  
Brněnec 22, 569 04 Brněnec

## **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MŠ**

### **k předškolnímu vzdělávání**

Jméno a příjmení rodiče / zákonného zástupce: .....

Adresa bydliště: .....

Telefon: .....

### **Žádám o přijetí mého dítěte**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa bydliště: .....

### **k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole U Dvou sluníček, Brněnec, okres Svitavy, Brněnec 22, 569 04 Brněnec**

od školního roku: ..... k pravidelné docházce do MŠ v celodenním provozu  
až do zahájení plnění povinné školní docházky.

#### **Zákonný zástupce bere na vědomí, že:**

1. Dle § 36 odst. 3 správního řádu má zákonný zástupce možnost vyjádřit se k podkladům před vydáním rozhodnutí.
2. Podle § 35 odst. 1 písm. c) zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, může ředitelka školy ukončit docházku dítěte do mateřské školy ve zkušební době 3 měsíců od přijetí do mateřské školy, pokud ukončení doporučí lékař nebo školské poradenské zařízení.

#### **Prohlášení zákonného zástupce dítěte:**

1. Dáváme svůj souhlas Mateřské škole U Dvou sluníček Brněnec ke zpracování námi poskytnutých osobních údajů včetně rodných čísel ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb. O evidenci obyvatel a rodných čísel v platném znění. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění. Souhlas poskytujeme na celé období docházky našeho dítěte do MŠ a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se dokumentace na škole archivuje. Škola nesmí tyto údaje poskytnout dalším osobám a úřadům s výjimkou zákonem stanovených případů.
2. Zavazuji se, že neprodleně oznámím pedagogické pracovníci mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby s níž dítě přišlo do styku.
3. Stvrzuji svým podpisem, že uvedené údaje jsou pravdivé.

#### **Přílohy:**

- Doklad o pravidelných očkováních dítěte.
- Doklad o zdravotních postiženích dítěte.

V ....., dne .....

Podpis rodiče / zákonného zástupce: .....