

**Mateřská škola Stratov, okres Nymburk**  
**Stratov 90**  
**289 22 Lysá nad Labem**  
**Mobil: 731 448 288**  
**Tel.: 325 551 463**  
**IČO 71007385**

**VYPLNÍ ŠKOLA:**

Přijato dne: .....  
Číslo jednací: .....  
Spisová zn: .....  
Počet listů: ..... počet příloh: .....  
Registrační číslo žádosti: .....

## **Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Stratov, okres Nymburk, Stratov 90, Lysá nad Labem 289 22.

**Dítě:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_  
Datum narození, rodné číslo: \_\_\_\_\_  
Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_  
Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_  
Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_  
Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_  
Telefon:\* \_\_\_\_\_ Datová schránka:\* \_\_\_\_\_  
E-mail:\* \_\_\_\_\_

**2. Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_  
Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_  
Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_  
Telefon:\* \_\_\_\_\_ Datová schránka:\* \_\_\_\_\_  
E-mail:\* \_\_\_\_\_

*\* Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.*

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
jméno a podpis zákonného zástupce

*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 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem dle dalších platných právních předpisů.*

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 dětského lékaře

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním **ANO / NE**

*nebo*

Je proti nákaze imunní **ANO / NE**

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci

**ANO / NE**

Jméno, příjmení lékaře a telefonní číslo spojení (hůlkovými písmeny)

\_\_\_\_\_

datum

\_\_\_\_\_

razítko a podpis lékaře

*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 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem dle dalších platných právních předpisů.*