|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mateřská škola Jistebník okres Nový Jičín, p. o.**  **Jistebník 325, 742 82 Jistebník**  **zastoupená Sylvou Rečkovou, pověřenou řízením mateřské školy** | | | |
| **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**  **Žádám o přijetí svého dítěte:** | | | |
| **Jméno a příjmení:** |  | |  |
| **Datum narození:** |  | | **Podací razítko** |
| **Trvalý pobyt:** |  | |  |
| **K předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Jistebník okres Nový Jičín, příspěvková organizace,Jistebník 325, 742 82 Jistebník, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Jistebník okres Nový Jičín, příspěvková organizace ve školním roce 2024/2025.** | | | |
| **Zákonný zástupce dítěte:** | | | |
| **Jméno a příjemní:** |  | | |
| **Místo trvalého pobytu:** |  | | |
| **Telefon**(nepovinný údaj ad 1)**:** |  | | |
| **E-mail**(nepovinný údaj ad 1)**:** |  | | |
| **Osobní datová schránka:** | **Ano Ne ID datové schránky:** | | |
|  |  | | |
| **Adresa pro doručení písemností: (není-li shodná s adresou trvalého pobytu)** | | | |
| **Doplňující informace k žádosti (pokud jsou uvedeny v kritériích školy, jsou potřebné k posouzení):** | | | |
| **Datum nástupu k předškolnímu vzdělávání:**  **Na celodenní docházku: ANO NE Na polodenní docházku: ANO NE** | | | |
| **K žádosti bylo doloženo:** | | | |
| **Průkaz totožnosti:** | **Ano** | **Ne** | |
| **Rodný list dítěte:** | **Ano** | **Ne** | |
| **Má dítě zdravotní omezení ? Ano Ne**  **(Pokud ANO, je nutné doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dítěte)** | | | |
|  | | | |
| Mateřská škola Jistebník okres Nový Jičín, p. o. je správcem osobních údajů. Informace o zpracování vašich osobních údajů naleznete na https://www.msjistebnik.cz, GDPR.¨  Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé. | | | |
| Datum podání žádosti: | | | |
| Podpis zákonného zástupce (ad 2) | | | |
| Ad 1/ Uveďte, pokud chcete být jejich prostřednictvím v případě potřeby kontaktováni.  Ad 2/ Zákonné zástupce (dále jen rodiče) upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mají rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů. Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (školou). Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě (škole), má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče. | | | |
| **POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**  podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví  (**v případě povinného předškolního vzdělávání NEVYPLŇUJTE!)** | | | |
| **Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………………………………………………………………….**  **Datum narození : …………………………………………………………………………………………………**  Dítě   * JE řádně očkované * NENÍ řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci * NENÍ řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví   V ……………………………………………………………dne ………………………………………………………………………………………………..  Razítko a podpis lékaře | | | |
| **POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**  **(v případě, že dítě nemá zdravotní omezení NEVYPLŇUJTE)** | | | |
| **Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………………………………………………………….**  **Datum narození : ……………………………………………………………………………………………………**  **Vyjádření lékaře :**  V …………………………………………………………………..dne …………………………………………………………………………  Razítko a podpis lékaře | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |