Základní škola a Mateřská škola Nymburk,

Tyršova 446 – příspěvková organizace

Adresa: Tyršova 446, 288 02 Nymburk, IČO: 70926255

tel: 325 512 756, 325 513 308 [www.zstyrsova.cz](http://www.zstyrsova.cz) [skola@zstyrsova.cz](mailto:skola@zstyrsova.cz), [skolka@zstyrsova.cz](mailto:skolka@zstyrsova.cz)

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do MŠ Růženka**

**Registrační číslo:………………………. K zápisu od:………………………………………………………**

**Přihláška současně podána do MŠ (seřadit v preferenčním pořadí):**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** | |  | |
| Datum a místo narození (úplné) | |  | |
| Národnost | Státní příslušnost |  |  |
| Rodné číslo | |  | |
| Zdravotní pojišťovna | |  | |
| Trvalé bydliště | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení matky** |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Telefon, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení otce** |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Telefon, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sourozenci dítěte** (jméno a příjmení) |  |

Zákonní zástupci dítěte **se dohodli**, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání **bude vyřizovat zákonný zástupce**

**jméno a příjmení**:………………………………………………………………………………

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby 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. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb.

Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období předškolní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

Prohlašuji, že výše uvedené údaje odpovídají skutečnosti. Byl(a) jsem seznámen(a) s kritérii pro přijetí dítěte do MŠ a školním řádem MŠ.

**Podpisy zákonných zástupců** *(u samoživitelů pouze jeden podpis)*

……………………………………………………………………………………………………………

**Přihláška ke stravování**

Je-li dítě v době podávání jídla přítomno v mateřské škole, vždy se zde stravuje (dle § 4, odst. 1 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů).

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Jméno zákonného zástupce |  |
| Celodenní/polodenní stravování |  |

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu platit měsíční zálohu stravného a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V …………… dne…………….. Podpis zákonného zástupce ………………………..

**Vyjádření dětského lékaře**

1. Dítě je **zdravé, bylo řádně očkované**, může být přijato do MŠ bez omezení ANO NE
2. Dítě užívá pravidelně léky:………………………………………………………………………………………
3. Dítě se může zúčastňovat speciálních akcí školy (plavání, bruslení, škola v přírodě, apod.) ANO NE
4. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (chronické onemocnění, alergie, speciální výchova a režim, zdravotní postižení, apod.): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Doporučuji přijetí dítěte do mateřské školy ANO NE

V ………………… dne ………………. …………………………….

podpis a razítko lékaře