***Správní orgán:***

***Mateřská škola, Rovensko pod Troskami, příspěvková organizace***

***Revoluční 440, 512 63 Rovensko pod Troskami, IČO 709 98 108***

*Tel.: 481 382 205, 605 422 777*

*materskaskola@rovensko.cz*

*Ředitelka školy Markéta Bajerová*

**Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání**

**Zákonní zástupci dítěte:**

Otec: Matka:

Jméno a příjmení:…………………………… Jméno a příjmení:………………………..

……………………………………………… …………………………………………...

Adresa:……………………………………… Adresa:…………………………………..

……………………………………………… …………………………………………...

Telefon (nepovinný údaj):……………………………………………………………………….

e-mail (nepovinný údaj)………………………………………………………………………….

**Žádám o přijetí dítěte:**

Jméno a příjmení dítěte:…………………………………………………………………………

Datum narození:…………………………………………………………………………………

Bydliště:…………………………………………………………………………………………

Dítě je pojištěno u zdravotní pojišťovny:……………………………………………………….

Ve školním roce 20 /20

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné: Datum:

…………………………………………………………………………………………………..

podpisy rodičů - **Žádost musí být podepsána oběma zákonnými zástupci. Této povinnosti je zbaven pouze rodič, který je soudně omezen ve svých rodičovských právech (nutno doložit).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Příloha č.1. – Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu**

Všechny údaje jsou zpracovány v souladu s nařízením EU 679/2016 ze dne 27. 4. 2016, obecné nařízení na ochranu osobních údajů v platném znění

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:** |  |  |  |
| **1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy** |   |
|  |
| 2. Dítě je řádně očkováno: |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
| 3. Bere pravidelně léky: |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
| **4. Alergie:** |  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |   |
| **Doporučuji - Nedoporučuji** | **přijetí dítěte do mateřské školy** | (nehodící se škrtněte) |  |
|   |  |  |  |   |
| datum: | razítko a podpis lékaře: |  |  |   |
|   |   |   |   |   |