[](http://www.zsamslukavice.estranky.cz/)

**Základní škola a mateřská škola Lukavice, okres Ústí nad Orlicí**

Lukavice 118, 561 51 Letohrad IČ: 70981302

Tel.: 465 621 410 E-mail: [zs@zs-ms-lukavice.cz](mailto:zs@zs-ms-lukavice.cz)

[www.zs-ms-lukavice.cz](http://www.zs-ms-lukavice.cz)

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ - PŘIHLÁŠKA**

**Vyplňuje MŠ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Číslo jednací | Registrační číslo |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Žadatel:** |
| **Datum narození:** |
| **Adresa pro doručování:** |

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění

**žádám ředitelku školy o přijetí mého dítěte:**

|  |
| --- |
| **Jméno:** |
| **Příjmení:** |
| Datum narození: Státní občanství: |
| Bydliště: |
| Mateřský jazyk: |
| Kód zdravotní pojišťovny: Ošetřující lékař: |

|  |
| --- |
| **K zápisu** **od 1. 9. 2020** až do zahájení školní docházky. |
| Na celodenní docházku od 6:30 hod. do 16:00 hod. |
| Na jinou docházku |

Pokud má dítě nějaká zdravotní omezení, popř. vyžaduje-li speciální péči, uveďte tuto skutečnost: …………………….......................

Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:

1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení.

2. Doporučení odborného lékaře.

**Údaje o rodině dítěte:**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení** **otce**: |
| Adresa\*:  (\*vyplní se v případě, že se liší od adresy dítěte) Telefon:  E-mail: |
| Zaměstnavatel - telefon: |
| **Jméno a příjmení** **matky**: |
| Adresa\*:  (\*vyplní se v případě, že se liší od adresy dítěte) Telefon:  E-mail: |
| Zaměstnavatel - telefon: |
| Jméno a rok narození sourozenců: |

**Prohlašujeme,** že uvedené údaje jsou pravdivé a správné.

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme MŠ výskyt přenosné choroby u dítěte, v rodině či jeho nejbližším okolí.

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. 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 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. 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.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**podpis zákonného zástupce:**