*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 č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu 10 let.*

**Mateřská škola, Trutnov, Na Struze 124**

Na Struze 124, 54101 Trutnov

TEL: 499 941054, 724 885 932

E-MAIL: sms.trutnov@volny.cz

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ID datová schránka: tvwgi6h

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­Datum přijetí žádosti: …….……………. č.j.: …………………..

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává**

**Mateřská škola, Trutnov, Na Struze 124, od školního roku 2025/2026.**

**Základní údaje o žadateli (dítěti):**

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

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

Místo trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………

**Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

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

Místo trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování písemností …………………………………………………………………….

(pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Telefonní číslo \*\*): …………………………………………………………………………………………

E- mail \*\*):…………………………………….............................................................................................

Datová schránka \*\*):………………………………………………………………………………………..

Dítěti **JE** x **NENÍ\*)** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.**

 V ……………………….dne:……………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce

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

**Povinné přílohy a doklady k žádosti:**

* *Potvrzení praktického dětského lékaře o pravidelném očkování event. doklad že je dítě proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci*. (Potvrzení k očkování se nedokládá pro dítě, které plní povinné předškolní vzdělávání, tedy dosáhne do 31. 8. 2025 pěti let věku).
* *Rodný list dítěte*
* *Doporučení školského poradenského zařízení* (Speciálně pedagogické centrum nebo Pedagogicko-psychologická poradna).
* *Průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči.*

*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.*

**Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

**ANO x NE**,\*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE**,\*)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

**ANO x NE**.\*)

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum: Razítko a podpis lékaře:

\*) hodící se zakroužkujte