**ŽÁDOST**

O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY,
jejíž činnost vykonává **ZÁKLADNÍ ŠKOLA A** **MATEŘSKÁ ŠKOLA ŽIROVNICE, Komenského 47, 394 68 Žirovnice**(dále též „MŠ“)

**ŽÁDÁM O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO: MŠ Žirovnice**

**TERMÍN NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY:**

 **TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ:**

☐ celodenní ☐ polodenní ☐ omezená

**(**Jde o Váš návrh dohody o docházce dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění, a Čl. 1 školního řádu)

**Účastník řízení:**

**Jméno a příjmení rodné číslo**

**Datum narození státní občanství**

**Místo trvalého pobytu číslo telefonu rodiče**

**Místo narození**

**Údaje o rodičích (zákonných zástupcích):**

**Otec: Jméno a příjmení\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Místo trvalého pobytu**

 **Adresa pro doručování:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1)

 **Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Matka: Jméno a příjmení\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Místo trvalého pobytu**

 **Adresa pro doručování:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1)

 **Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1) Nepovinný údaj

**Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte:**

**Jiná závažná sdělení o dítěti (alergie…):**

**Dítě vyžaduje speciální péči (v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné…):**

**Jméno a adresa ošetřujícího lékaře (pediatra) dítěte:**

**Zdravotní pojišťovna dítěte:**

PROHLÁŠENÍ:

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu a že může být v tomto případě také zahájeno přestupkové řízení.
2. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa pro zasílání písemností: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bereme na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Souhlasíme se zpracováním osobních a citlivých údajů dle zákona č.101/2000 Sb.,o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

5. Prohlašuji, že jsem nezatajil/a žádné závažné a skutečné informace o zdravotním stavu dítěte. Nahlásíme veškeré skutečnosti při změnách v údajích o rodině a dohodnutém termínu nástupu dítěte do mateřské školy.

6. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a a souhlasím.

 Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců dítěte:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ZÁKLADNÍ ŠKOLA A** **MATEŘSKÁ ŠKOLA ŽIROVNICE**

 **Komenského 47, 394 68 Žirovnice**

 **Čestné prohlášení k očkování:**

Prohlašuji, že

jméno a příjmení dítěte

narozen(a)

se podrobil(a) všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného

zdraví.

Příloha: kopie očkovacího průkazu

Podpis zákonného zástupce

Datum:

 **Základní škola a Mateřská škola Žirovnice**

 **Komenského 47**

 **394 68 Žirovnice**

 **IČO 70992614**

 **Informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů**

Já pan/paní …………………………………………………………………………………………………,

zákonný zástupce dítěte MŠ Žirovnice

………………………………………………………………………………,

dávám výslovný souhlas ke zpracování osobních údajů mých a o mém dítěti, a to pro účel:

1. Organizování mimoškolních akcí (seznamy dětí).

2. Organizování soutěží (seznamy dětí).

3. Informace pro SRPDŠ, spolek (seznamy dětí, seznamy zákonných zástupců).

4. Jména osob, které budou odvádět dítě z mateřské školy (jméno a příjmení osoby).

5. Kontakt na zákonné zástupce pro účely organizace výchovy a vzdělávání ve škole (e-mail, telefonní číslo).

6. Kontakt na zákonné zástupce - není shodný s adresou dítěte (jméno, příjmení, adresa, telefonní číslo).

7. Fotografie za účelem propagace mateřské školy (fotografie dětí s vysvětlujícím komentářem).

8. Zveřejnění výtvarných a obdobných děl dětí na výstavách (výtvarné a obdobné dílo s vysvětlujícím komentářem).

9. Záznamy z kamerového systému školy pořizované za účelem bezpečnosti dětí a ochrany jejich majetku.

Tento souhlas platí od data podpisu zákonného zástupce po dobu docházky jeho dítěte do mateřské školy – ZŠ a MŠ Žirovnice. Výše jmenovaný zákonný zástupce získal základní informace o ochraně osobních údajů na základě platných právních předpisů a je si vědom svého práva i práva svého dítěte na to být informován o zpracování jeho osobních údajů, práva na opravu nepřesných osobních údajů, které se ho týkají, práva na výmaz, tj. být zapomenut. Výmaz se netýká zákonného zpracování údajů, např. matriky.

*V Žirovnici dne ………………………………*

 *Podpis zákonný zástupce dítěte ………………………………………….*