

# ZÁPISNÍ LÍSTEK K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

PRO ŠK. ROK \_\_\_\_/\_\_\_\_

## Údaje o dítěti:

## Registrační číslo přidělené pro oznámení rozhodnutí o přijetí: \*

Jméno:	Příjmení:	
Rodné číslo:	Datum narození:	
Místo narození:	Státní příslušnost:	Zdravotní pojišťovna:
Adresa bydliště dítěte:		
Dětský lékař: Titul, jméno, příjmení: _____ adresa, telefon: _____		
Zvolte: dítě do 4 let-dítě čtyřleté-povinná předškolní docházka-po odkladu	Počet let docházky do MŠ:	
<b>K zápisu od</b> _____ (datum)	<b>na celodenní docházku od</b> _____ hod. do _____ hod.	

Má dítě vadu řeči?\*\*) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: \_\_\_\_\_  
 Má dítě vadu sluchu?\*\*) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: \_\_\_\_\_  
 Má dítě vážnější vadu zraku?\*\*) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: \_\_\_\_\_  
 Má dítě nějaké vážné zdravotní či jiné problémy, které by mohly ovlivnit jeho docházku do MŠ? Jaké?

Podle svého uvážení uveďte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole (např. dítě v péči jednoho rodiče, sociální znevýhodnění, střídavá péče, dlouhodobý pobyt rodiny v cizině apod.):

## Údaje o matce dítěte:

Jméno:		
Adresa bydliště:		
Telefon – pevná linka:	Telefon – mobil:	Email:

## Údaje o otci dítěte:

Jméno:		
Adresa bydliště:		
Telefon – pevná linka:	Telefon – mobil:	Email:

## Adresa pro doručování písemností (Uveďte adresu zákonného zástupce, jemuž budou zaslána sdělení týkající se žáka):

Jméno a příjmení adresáta:
Adresa (včetně PSČ):

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas 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.

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

\*) vyplní škola

\*\*) nehodící se škrtněte

## PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ DÍTĚTE

PRO ŠK. ROK \_\_\_\_/\_\_\_\_

Jméno:	Příjmení:
Datum narození:	
Adresa bydliště dítěte:	
Poznámka (výjimky ze stravování)	
Platba hotově/bezhotovostním bankovním převodem:	
Číslo účtu**:	
V bance, ve které máte zřízený účet, vyříd'te „svolení k inkasu“. Platby za stravu se budou převádět na účet školy: 86-5722440297/0100	

\* nehodící se škrtněte

\*\* vyplní pouze plátce bezhotovostním bankovním převodem

### Údaje o zákonném zástupci dítěte:

Jméno:		
Adresa bydliště (uved'te pouze v případě, že se liší od adresy dítěte)		
Telefon – pevná linka:	Telefon – mobil:	Email:

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_