**Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání**

**pro školní rok \_\_\_\_/ \_\_\_\_**

**Žadatel:** zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

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

Adresa pro doručování:\* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*Vyplňte pouze v případě, že se neshoduje s adresou trvalého pobytu

**Správní orgán**, jemuž je žádost doručována:

Základní škola a Mateřská škola Střítež, okres Frýdek-Místek, příspěvková organizace

Podle ustanovení § 36, odstavce 4 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění

 **Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Střítež s nástupem od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:**

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

**Datum narození dítěte: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Rodné číslo: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Místo pobytu dítěte (včetně PSČ): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno a příjmení): ………………………………………………………………………………………………………………

Doplňující informace k žádosti: (blízkost školy od bydliště, starší sourozenec, zdravotní postižení):

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

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

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení Evropského nařízení ke GDPR. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence rizikového chování pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb. Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého dítěte, existuje-li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho zdraví. 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, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajůa fotografií mého dítěte v propagačním materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžných chodem školy. Souhlas poskytuji a celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentacena škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech pode Evropského nařízení ke GDPR.

V ………………………………, dne ……………………………… ……………………………………………

podpis žadatele

 *Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:*

*1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení*

*2. Doporučení lékaře*

**Podací razítko**

ZŠ a MŠ Střítež, okr. F-M, p.o.

Datum doručení 20\_\_

Číslo jednací /20\_\_

Počet listů \_\_

Počet listu příloh \_\_

**Vyjádření lékaře**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
	1. Zdravotní
	2. Tělesné
	3. Smyslové
	4. Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dítě je řádně očkováno:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Možnosti účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V ………………………………, dne ……………………………… ……………………………………………

 razítko a podpis lékaře