



# Základní škola a mateřská škola Všechnovice, příspěvková organizace

IČO 619 860 11



ZŠ 581 622 644, 581 622 019 skola@zsvsechovice.cz PSČ 753 53



MŠ 608 644 274, 608 237 415 ms.vsechnovice@centrum.cz

Datum přijetí žádosti:

Č.j.:

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

### Rodič dítěte, případně jiný zákonný zástupce dítěte (žadatel):

Jméno a příjmení: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Adresa pro doručování: .....

Telefonní kontakt (mobil):..... E-mail: .....

**žádá ředitele školy o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole,  
jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Všechnovice, příspěvková organizace**

**od školního roku 2017/2018**

### Dítě:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Trvalý pobyt: .....

Státní občanství: ..... Kód zdravotní pojišťovny: .....

### Prohlášení rodičů:

Zavazuji se, že neprodleně oznámím učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Dávám svůj souhlas MŠ 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, pořádání mimoškolních akcí školy, 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 do mateřské školy a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje.

Podpis zákonného zástupce dítěte (žadatele): .....

