***Zákonný zástupce***

*Jméno, příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*ID dat.schránky: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Žádost MŠ Tupesy**

jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola, Tupesy, příspěvková organizace.

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) žádám o přijetí dítěte: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bydliště: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**k předškolnímu vzdělávání od 1. 9. 2024, školního roku 2024/2025.**

Dáváme svůj souhlas Základní škole a mateřské škole, Tupesy, příspěvkové organizaci k tomu, aby v rámci přijímacího řízení 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 a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. (Školského zákona) v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., (Správní řád) v platném znění o správním řízení, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

V(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*podpis zákonného zástupce*

*\*nepovinný údaj; vhodné do žádosti uvést s ohledem na pružnost správního řízení*

### *Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:*

|  |  |
| --- | --- |
| *Podrobilo se dítě povinnému očkování podle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění?* | ANO\* NE\* |
| *Odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte – jaké?* | ANO\* NE\* |
| *Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým?* | ANO\* NE\* |
| *Bere dítě pravidelně léky – jaké?* | ANO\* NE\* |
| *Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:* | |
| *Doporučuji – nedoporučuji*\**přijetí dítěte do mateřské školy.*  *Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

\**nehodící se škrtněte*