|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O PŘIJETÍ dítěte do mateřské školy** | | | | | | | | | | | | |
| **k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole HAPPY DAY s.r.o.** | | | | | | | | | | | | |
| **ul. Dvořákova 780, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí ve školním roce 2022 / 2023** | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Údaje o dítěti** | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |
| Jméno a příjmení | |  | | | | | | | | | | |
| Datum narození | |  | | | | | | Rodné číslo: | |  | | |
| Trvalé bydliště | |  | | | | | | | | | | |
| Korespondenční adresa | |  | | | | | | | | | | |
| Místo narození | |  | | | | | | | | | | |
| Národnost | |  | | | | | | Státní příslušnost | |  | | |
| Mateřský jazyk | |  | | | | | | Zdravotní pojišťovna dítěte | |  | | |
| **Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání** | | | | | | | | | | | Celodenní docházka | |
| **Zákonný zástupci dítěte** | | | | |  | | |  |  | | |  | |
| **Jméno a příjmení** | |  | | | | | | Příbuzenský vztah zákonného zástupce | | Otec | | |
| Trvalé bydliště | |  | | | | | | | | | | |
| Korespondenční adresa | |  | | | | | | | | | | |
| **Telefonní číslo** | |  | | | | | | **E-mail** | |  | | |
| **Jméno a příjmení** | |  | | | | | | Příbuzenský vztah zákonného zástupce | | Matka | | |
| Trvalé bydliště | |  | | | | | | | | | | |
| Korespondenční adresa | |  | | | | | | | | | | |
| **Telefonní číslo** | |  | | | | | | **E-mail** | |  | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | |
| Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině, nebo v nejbližším | | | | | | | | | | | | |
| okolí dítěte, onemocnění dítěte přínosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž přišlo dítě do styku. | | | | | | | | | | | | |
| Veškeré uvedené údaje jsou pravdivé. Jsme si vědomi, že uvedením nepravdivých údajů, které ovlivní přijetí dítěte do | | | | | | | | | | | | |
| mateřské školy, můžeme způsobit dodatečnou změnu při rozhodování o přijetí s ohledem na stanovená kritéria. | | | | | | | | | | | | |
| Aktuálně budeme nahlašovat vždy nová telefonní spojení na rodiče. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| Prohlašujeme, že dítě je zdravotně způsobilé ve smyslu ustanovení § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví. | | | | | | | | | | | | |
| Souhlasíme se zpracováním osobních dat k vedení evidence dětí v MŠ v souladu se zákonem 101/2001 Sb., | | | | | | | | | | | | |
| o ochraně osobních dat a s uveřejňováním fotografií dítěte určené k řádné presentaci mateřské školy.  Souhlasíme s umístěním fotografií na webových stránkách a propagačních materiálech školy. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| V/Ve Frýdlantu nad Ostravicí Dne: | | | | |  | vlastnoruční podpis zákonného zástupce: | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **D O T A Z N Í K k žádosti o přijetí dítěte do mateřské školy** | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Zdravotní stav dítěte:** | | | |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | - | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Chronické zdravotní problémy:** | | | | |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  | - |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Jiné požadavky rodičů:** | | | |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | - | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  | | | | |  |  |  |  | |  | | |