



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA MORÁVKA, příspěvková organizace, Morávka 178

Základní škola a mateřská škola Morávka, příspěvková organizace Morávka 178, 739 04 Pražmo

Jméno a příjmení žadatele:

Adresa žadatele:

Datová schránka:

Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání na školní rok 2023/2024

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

žádám o přijetí mého dítěte _____,

datum narození _____, k předškolnímu vzdělávání k datu _____.

Přihlašuji své dítě k:

a) celodennímu vzdělávání (více než 6 hodin denně)

b) polodennímu vzdělávání (max. 4 hodiny denně)

(nehodící se škrtněte)

Preferuji provozní dobu (závazně):

a) 6.30 – 16,00 hodin

c) Jinou (vypište):

b) 7.00 – 16.30 hodin

Dávám svůj souhlas mateřské škole 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. 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 právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

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

V Morávce dne

Podpis zákonného zástupce:

Žádost přijala:

Čj.

Registrační číslo:



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA MORÁVKA,
příspěvková organizace, Morávka 178
Základní škola a mateřská škola Morávka, příspěvková organizace
Morávka 178, 739 04 Pražmo

Vyjádření lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

3. Dítě je řádně očkováno:

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě.

V _____
dne: _____

Razítko a podpis lékaře

.....