**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Správní orgán (škola)**

Základní škola Lužnice, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Lužnice p. o.

V zastoupení Mgr. Ivy Filsakové, ředitelky školy

**Zákonný zástupce žadatele (dítěte)**

Jméno a příjmení, datum narození: ...………………………….……………………………………........

Místo trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………………

Jiná adresa pro doručování[[1]](#footnote-1): ………………………………………………………………………………

Další kontaktní údaje (e-mail, telefon – jiné kontaktní údaje[[2]](#footnote-2)): ………………………………………….

**Žadatel (dítě)**

Jméno a příjmení dítěte: ………….…………………………………………………………………........

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

Trvalé bydliště: ……………………………………….…………………………………….......................

Režim pobytu dítěte v MŠ (nehodící se škrtněte): CELODENNÍ / POLODENNÍ

Má dítě zdravotní omezení? ANO / NE

(Pokud ANO, je nutné doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dítěte.)

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy**

**při Základní škole a Mateřské škole Lužnice p. o.**

**od: …………………...………………...**

Základní škola a Mateřská škola Lužnice p. o. je správcem osobních údajů. Informace o zpracování svých osobních údajů naleznete na **www.zsluznice.cz**.

Se všemi podmínkami přijetí do základní školy jsem byl/a seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

**V …………………………… dne ……………………………………..**

**Podpis zákonného zástupce[[3]](#footnote-3): …………………………………………**

**POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

(**v případě povinného předškolního vzdělávání NEVYPLŇUJTE!**)

*……………………………………………………. ……………………………………………..*

*Jméno a příjmení dítěte Datum narození*

Dítě

☐ JE řádně očkované,

☐ NENÍ řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci,

☐ NENÍ řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V………………………………………dne ……………………………………………….

Razítko a podpis lékaře

**POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

(**v případě že dítě nemá zdravotní omezení NEVYPLŇUJTE!**)

*…………………………………………. ……………………………………………..*

*Jméno a příjmení dítěte Datum narození*

Vyjádření lékaře:

V………………………………………dne ……………………………………………….

Razítko a podpis lékaře

**PŘIJETÍ ŽÁDOSTI V MŠ**

Žádost přijata pod číslem jednacím: ………………………………. dne:………………………………

Podpis odpovědného pracovníka: ………………………………………………………………………

**Upozornění:**

Odvolání zákonných zástupců proti případnému nepřijetí dítěte musí obsahovat údaje o tom, v čem je spatřován

rozpor s právními předpisy nebo nesprávnost rozhodnutí nebo řízení, jež mu předcházelo.

1. Např. poštovní adresa, datová schránka. [↑](#footnote-ref-1)
2. Uveďte, pokud chcete být jejich prostřednictvím v případě potřeby kontaktováni. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zákonné zástupce (dále jen rodiče) upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mají rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinní si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů. Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (školou). Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě (škole), tak ta je v dobré víře, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče.  
    [↑](#footnote-ref-3)