



**Základní škola a Mateřská škola Kunštát, příspěvková
organizace**

Brněnská 32, 679 72 Kunštát
tel.: 516 462 112, e-mail: skola@zskunstat.cz

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení

Adresa trvalého pobytu

Adresa pro doručování písemností

Telefon E-mail.....

**VE ŠKOLNÍM ROCE 2024/2025 ŽÁDÁM O PŘIJETÍ DÍTĚTĚ K PŘEDŠKOLNÍMU
VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE KUNŠTÁT, LIPKA 428,
JEJÍŽ ČINNOST VYKONÁVÁ ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA
KUNŠTÁT, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, BRNĚNSKÁ 32 679 72 KUNŠTÁT**

Jméno a příjmení dítěte (účastník řízení).....

Datum narození

Adresa trvalého pobytu

Předpokládaný termín nástupu do MŠ:.....

Předpokládaný typ docházky dítěte do MŠ: celodenní v jiném režimu

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce

Vyplňuje MŠ Kunštát:

Žádost přijata dne:	Č.j.:	Podpis:
Spádovost MŠ Kunštát	ANO	NE – spádová MŠ:



Čestné prohlášení

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení....., nar.....,

adresa trvalého pobytu.....

Při zahájení správního řízení tímto čestně prohlašuji, že se oba zákonní zástupci dítěte svobodně dohodli, že oba souhlasí s podáním žádosti o zápis k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Kunštát, Lipka 428, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Kunštát, příspěvková organizace, Brněnská 32, 679 72 Kunštát.

Současně svobodně a volně prohlašuji, že se oba zákonní zástupci dítěte dohodli na tom, aby pro další úřední úkony a jednání po celou dobu docházky dítěte do mateřské školy postačoval písemný souhlas nebo přítomnost jednoho z nás.
Vzájemně si sdělíme vše podstatné, co se týká našeho dítěte a jeho zájmů.

Svým vlastnoručním podpisem stvrzuji výše uvedené skutečnosti, že tomu tak skutečně je a právně jedním v dané věci se souhlasem druhého zákonného zástupce.

V Kunštátě dne 2024

Podpis zákonného zástupce dítěte



Souhlas se zpracováním osobních údajů

Já, níže podepsaný/á (dále jen subjekt údajů) tímto uděluji

Základní škole a Mateřské škole Kunštát, příspěvkové organizaci IČ 62073427, jakožto **správci osobních údajů** (dále jen správce) souhlas se zpracováním mých níže uvedených osobních údajů, které tomuto správci poskytuji pro tyto účely:

- S ohledem na podání žádosti o přijetí mého syna/dcery k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, kdy s ohledem na věk dítěte a tedy jeho procesní nezpůsobilost ho zastupuji v řízení o přijetí jako zákonný zástupce, osobní údaje budou použity pro komunikaci se správcem.

Své osobní údaje poskytuji a správce je oprávněn je zpracovávat pro výše uvedený účel, v níže uvedeném rozsahu, **po dobu do vydání rozhodnutí o přijetí** dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Rozsah: e -mail, telefonní číslo

Beru na vědomí prohlášení správce, že mé osobní údaje nebude poskytovat žádným třetím osobám.

Beru na vědomí informaci o právech subjektu údajů:

- Právo požádat správce o poskytnutí informace o zpracování jeho osobních údajů
- Právo, aby správce bez zbytečného odkladu opravil nepřesné osobní údaje, které se ho týkají
- Právo, aby správce bez zbytečného odkladu vymazal osobní údaje, které se ho týkají (právo být zapomenut)
- Právo souhlas se zpracováním osobních údajů odvolat
- Právo podat stížnost na porušení právních předpisů v souvislosti se zpracováním osobních údajů a to dozorovému orgánu - Úřadu pro ochranu osobních údajů

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby správce zpracovával mé osobní údaje v souladu s výše uvedeným a tento můj souhlas je zcela dobrovolný.

V Kunštátě dne 2024

.....

Podpis subjektu údajů



Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | | |
|--|------|-----|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví? (Pokud ne, proč?) | ANO* | NE* |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO* | NE* |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO* | NE* |
| 4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? | ANO* | NE* |
| 5. Má dítě na něco prokázanou alergii – na co? | ANO* | NE* |
| 6. Je třeba dodržovat dietní režim – jaký? | ANO* | NE* |
| 7. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je saunování, výlet apod.? | ANO* | NE* |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy – s jakým postižením? | ANO* | NE* |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji* – nedoporučuji* přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

* Nehodící se škrtněte