**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**DO MATEŘSKÉ ŠKOLY VŠEJANY PRO ŠKOLNÍ ROK 2024/2025**

 **Registrační číslo: - 24 – MŠ Č.j. – 24 - D**

Jméno dítěte: ……………………………………………………………………………………………………...

Příjmení dítěte…………………………………………………………………..............................................

Datum narození: …………………………………………Rodné číslo………………………….………………

Trvalý pobyt……………………………………………Místo narození ………………………………….…….

Státní občanství: …………………………………………Národnost……………………………………………

Kód zdravotní pojišťovny dítěte………………………………………………………………………………….

K zápisu od……………………………………….(den, měsíc, rok)

Docházka: celodenní\* polodenní\* čtyřhodinová\* /nehodící se škrtněte/

Má dítě speciální vzdělávací potřeby –

jaké……………………………………………………………………………………………………...................

/nutná zpráva ze školního poradenského zařízení/

**Údaje o rodině dítěte:**

**Jméno a příjmení otce**………………………………………………………………………………………….

e- mail……………………………………….…..…. ………….tel. kontakt…………………………………..

**Jméno a příjmení matky**……………………………………………………………………..…………………

e – mail……………………………………………………..….. tel. kontakt…………………………………. .

Zákonný zástupce pro písemný kontakt se školou : ………………………………………………………….

**Prohlášení zákonných zástupců**

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme v MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Svými podpisy stvrzujeme, že uvedené informace jsou pravdivé.

 podpis zákonných zástupců ………………………….

 ………………………….

V……….……………… dne ………………………

MŠ zpracovává osobní údaje v souladu s ustanoveními směrnice Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 z 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) uchazečů o vzdělávání, žáků a zákonných zástupců žáků.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

**Jméno dítěte:**

* Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? Ano\* Ne\*
* Trpí dítě chronickým onemocněním? Ano \* Ne \*

* Bere dítě pravidelně léky? Ano \* Ne\*
* Může se dítě zúčastňovat akcí školy - výlet apod.? Ano \* Ne\*
* Je dítě pravidelně očkováno? Ano \* Ne\*
* Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? Ano \* Ne\*
* S jakým postižením?
* Má dítě zdravotní obtíže,

které mohou mít vliv na průběh vzdělávání v MŠ? Ano \* Ne\*

jaké :…………………………………………………………………………………..

Jiné sdělení lékaře:

**DOPORUČUJI NEDOPORUČUJI \* přijetí dítěte do mateřské školy**

…………………………….. …………………….……

 datum razítko a podpis lékaře

\*Nehodící se škrtněte