

**Základní škola a Mateřská škola Přibice, příspěvková organizace,  
okres Brno - venkov**

Žádost přijata dne: ..... Č. j.: ..... Registrační číslo: .....

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání  
od školního roku:.....**

Jméno a příjmení dítěte:	
Adresa trvalého pobytu (ulice, č.p., obec, PSČ):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Státní občanství:	Mateřský jazyk:
Zdravotní pojišťovna:	
Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte, popřípadě jiné důležité informace:	

**Zákonní zástupci dítěte:**

	<b>MATKA</b>	<b>OTEC</b>
Jméno a příjmení		
Adresa trvalého pobytu		
Telefonní číslo		
Email		

**Prohlášení rodičů:**

Svým podpisem potvrzujeme pravdivost mnou uvedených údajů. Zároveň bereme na vědomí, že v případě zjištění nepravdivých údajů, může mít toto vliv na dalším setrvání či umístění dítěte v mateřské škole ZŠ a MŠ Přibice.

Dávám svůj souhlas ZŠ a MŠ Přibice k tomu, aby evidovala osobní údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění.

Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., (školní zákon) ve znění pozdějších předpisů, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pro mimoškolní akce (výlety, plavání apod.), pojištění dětí a pro jiné účely, související s chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace archivuje. Souhlas poskytujeme pouze výše uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Zákonní zástupci se dohodli, že veškeré písemné	Jméno a příjmení:
---	-------------------

záležitosti ze strany mateřské školy bude vyřizovat zákonný zástupce (matka nebo otec)	
V	Podpis matky:
Dne	Podpis otce:

*Přílohy žádosti: Evidenční list dítěte potvrzený od pediatra*

*Přílohy u dítěte se zdravotním postižením: 1, doporučení příslušného školského poradenského zařízení*

*2, doporučení lékaře*