

Prohlašuji, že

.....
(jméno a příjmení dítěte),

narozen/a se podrobil/a všem
stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně
veřejného zdraví.

Příloha: kopie očkovacího průkazu

Podpis zákonného zástupce

.....

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

1. Tímto uděluji souhlas mateřské škole:

Základní škola a mateřská škola Frýdek-Místek, Jana Čapka 2555
se sídlem: MŠ Pastelka, Slezská 2011, 738 01 Frýdek-Místek
IČ: 64120341
(dále jen „mateřská škola“)

aby zpracovávala o mém nezletilém dítěti jménem _____
nar. _____ (dále jen „dítě“) tyto osobní údaje:

kód zdravotní pojišťovny: _____

kopie průkazu pojištěnce

pro účely možnosti poskytnutí zdravotní péče dítěti v případě úrazu

mateřský jazyk dítěte: _____

pro účely poskytnutí asistenta pedagoga dítěti, které neovládá český jazyk

a aby zpracovávala o mně tyto osobní údaje:

e-mailová adresa: _____

ID datové schránky: _____

pro účely komunikace mateřské školy se mnou ohledně dítěte

po dobu docházky dítěte do mateřské školy.

2. Jsem si vědom, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat a následně zažádat o výmaz osobních údajů, a to e-mailem, telefonicky či písemně formou dopisu na kontaktních údajích mateřské školy. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů do doby tohoto odvolání.

3. Jsem si vědom, že dítě a já (jako jeho zákonný zástupce) máme právo na přístup k údajům a pořízení kopie zpracovávaných osobních údajů, na informace o způsobu jejich zpracování, na provedení opravy poskytnutých osobních údajů, požadovat omezení zpracování či přenesení údajů pro předání jinému správci či podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů.

4. Jsem si dále vědom, že neudělení či odvolání souhlasu nemá za následek jakékoliv znevýhodnění či poškození dítěte a mě a našich práv ze strany mateřské školy.

5. Souhlas uděluji svobodně a vážně, na základě prostudování výše uvedených informací.

Frýdek-Místek dne _____

jméno a podpis zákonného zástupce

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Přihlašuji své níže uvedené dítě ke stravování v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Frýdek-Místek, Jana Čapka 2555

Jméno dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

Frýdek-Místek dne _____

zákonný zástupce dítěte

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Státní občanství: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání _____ Datum ukončení vzdělávání _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

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. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?

ANO NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Odklad školní docházky na školní rok: _____

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

1. zákonný zástupce

2. zákonný zástupce

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku **2020/2021** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Základní škola a mateřská škola Frýdek-Místek, Jana Čapka 2555**

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

* - Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.