**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Základní škola a Mateřská škola Běchary, okres Jičín, Běchary 5, 507 32 Kopidlno

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

**Žádám o přijetí mého dítěte………………………………………………………………..**

**Datum narození …………………………………………………………………………….**

**Místo trvalého bydliště ……………………………………………………………………**

**k předškolnímu vzdělávání k datu…………………………………………**…………….

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

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

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

Kontaktní telefon: …………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

*Doplňující informace k žádosti: (blízkost školy od bydliště, starší sourozenec, …).*

*Zdravotní postižení …*

Dítě se podrobilo pravidelným stanoveným pravidelným očkováním: ANO x NE\*)

 nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci ANO x NE\*)

*Datum: Podpis zákonného zástupce*

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

*Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:*

*1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení*

*2. Doporučení lékaře*