|  |
| --- |
| Mateřská škola České Heřmanice, České Heřmanice 50, 565 52 České HeřmaniceIČ: 72088613E-mail: ms@ceskehermanice.czTelefon: 465 549 655 |

**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE** k zápisu do Mateřské školy

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno: | Příjmení: |
| Datum narození: | Rodné číslo: |
| Státní příslušnost: | Mateřský jazyk: |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

|  |
| --- |
| Trvalé bydliště:  |

|  |
| --- |
| K zápisu do Mateřské školy České Heřmanice od  (den, měsíc, rok) |
| Na pravidelnou celodenní docházku |
| Na nepravidelnou docházkuUpřesnění docházky: |

**Údaje o rodině dítěte:**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení otce: |
| Bydliště, telefon: |
| E-mail  |
| Zaměstnavatel: |
| Jméno a příjmení matky: |
| Bydliště, telefon: |
| E-mail |
| Zaměstnavatel: |
| V souladu se zákonem č. 101/2000Sb. O ochraně osobních údajů a podle nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů **souhlasím se zpracováním osobních údajů** a s využitím záznamů obrazového materiálu dítěte k prezentaci školy.Podpis zákonného zástupce dítěte: **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE** ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovnou péči a režim (zdravotní postižení, chronické postižení, odchylky v psychomotorickém vývoji)Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (zdravotní, tělesné, smyslové, jiné)Alergie:Očkování dle kalendáře:V:  dne: Razítko a podpis lékaře: |

|  |
| --- |
| **Zavazujeme se**, že neprodleně oznámíme ředitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.**Bereme na vědomí**, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoli zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte dle vyhlášky č. 35/1992 Sb.Podpis zákonného zástupce: |

**PŘIHLÁŠKA ke stravování**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |
| Bydliště: |
| Celodenní stravování: |
|  |

|  |
| --- |
| Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky za stravu a neprodleně oznámím každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatku za stravování.V  dne: Podpis zákonného zástupce: |