**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Zákonný zástupce**

Jméno a příjmení:…………………………………..…………………Datum.narození…….…………….

Trvalé bydliště : ………………………………………………………………………………………….

Kontaktní telefon :……………………… email.\*\*)……………………………………………………….

Datová schránka ……………………………………………..

Adresa pro doručení pošty v případě, že je jiná než adresa trvalého bydliště

……………………………………………………………………………………………………………..

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**

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

Datum narození:………………………………………………

Trvalé bydliště :…………………………………………………………………………………………….

**k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Skotnice, příspěvková organizace,**

 **od školního roku 2022/2023**

 s nástupem od 1.9. 2022 jiné datum :……………………. \*)

**Požadovaná délka docházky** **\*)** : a) CELODENNÍ b) POLODENNÍ

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

Ve Skotnici dne : ………………………. ……………………....................................

 Podpis zákonného zástupce dítěte

*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*

\*) nehodící se škrtněte \*\*) nepovinný údaj,jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace

 mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

**Příloha - VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE K OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

*(vyplní mateřská škola)*

Žádost přijata dne: ……………………………… …………..…………………………..

 Podpis ředitelky školy