|  |  |
| --- | --- |
| **PŘIHLÁŠKA DO DĚTSKÉ SKUPINY****KULIHRÁŠEK** | Přijato dne: |
| Ukončení docházky dne: |
|  | Školné:  |
|  |  |
| **Dítě:** |
| Příjmení: | Jméno:  |
| Adresa trvalého pobytu:  |
| Datum narození: | Zdravotní pojišťovna: |

|  |
| --- |
| **Zákonný zástupce:** |
| Příjmení: | Jméno: | Datum narození:  |
| Adresa trvalého pobytu: |
| Doručovací adresa: |
| Telefon: | E-mail:  |
| ID datové schránky /fyzické osoby – zákonného zástupce dítěte/:Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonnýmzástupcem v době přijímacího řízení |
| Zaměstnavatel (název a sídlo): Při podpisu je nutné doložit „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině“. Je nutné dodat vyplněné „Potvrzení rodiče o vazbě na trh práce“ od jednoho z rodičů, bez něj nelze dítě přijmout do dětské skupiny. |

|  |
| --- |
| **Zákonný zástupce:** |
| Příjmení: | Jméno: | Datum narození:  |
| Adresa trvalého pobytu:  |
| Doručovací adresa:  |
| Telefon: | E-mail:  |
| ID datové schránky /fyzické osoby – zákonného zástupce dítěte/: Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonnýmzástupcem v době přijímacího řízení. |
| Zaměstnavatel (název a sídlo): Při podpisu je nutné doložit „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině“. Je nutné dodat vyplněné „Potvrzení rodiče o vazbě na trh práce“ od jednoho z rodičů, bez něj nelze dítě přijmout do dětské skupiny. |
| Číslo účtu /ze kterého bude hrazeno školné/: |

|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře:** |
| **Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k přijetí do DĚTSKÉ SKUPINY**  |
| Posuzované dítě (nehodící se škrtněte):a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupinyb) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupinyc) je způsobilé s tímto omezením: …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Dítě je očkováno dle očkovacího kalendáře (nehodící se škrtněte): ANO / NE** |
| Dítě má tyto alergie: |
| Dítě trvale užívá tyto léky: |
| V ………………………………… dne ……………………. Podpis a razítko lékaře: *Ne starší 3 měsíců v době podání přihlášky.* |

|  |
| --- |
| Souhlasím s realizováním mimořádných akcí /divadla, worhshopy…/, které budou hrazeny nad rámec školného.**ANO / NE**Odpověď nemá vliv na přijetí/ nepřijetí. |

V ………………………………… dne …………………….

**Podpis zákonných zástupců:……………………………………….**

***Informace o zpracování osobních údajů***

*Mateřská škola zpracovává osobní údaje v souladu se zákonem č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, psychologických a jiných vyšetření, popř. úrazové pojištění. Další informace o zpracování osobních údajů, které jsou zpracovávány v souladu ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů (dále jen „Zákon o zpracování osobních údajů“) a Nařízení EU č. 2016/679 (dále jen „GDPR“) je uvedena na https://www.mskostelni.cz*

*Zákonný zástupce potvrzuje svým podpisem, že si je vědom státní finanční podpory k péči o své dítě v dětské skupině*

*a ani on, ani nikdo jiný, neuzavřou smlouvu na obsazení kapacitního místa v jiné dětské skupině ve stejný čas.*