

Základní škola, mateřská škola a dětské jesle Moudrá sova

MŠ: Studentská 312/65, 360 07, Karlovy Vary, ID-DS: v4cassf

ZŠ: Keramická 92/6, 360 01, Březová u Karlových Varů

Tel MŠ: +420 775 140 151

Tel ŠJ: +420 734 573 163

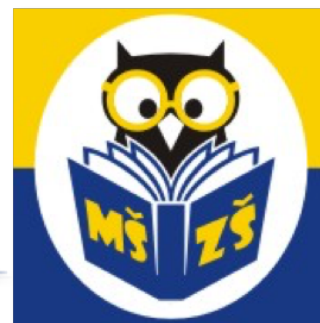
Tel ZŠ: +420 734 573 162

Facebook MŠ: #msmoudrasova

IČO: 291 251 62

WEB: www.msmoudrasova.czMAIL: info@msmoudrasova.cz

Facebook ZŠ: #zsmoudrasova

**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K NÁSTUPU DO DĚTSKÝCH JESLÍ**

Informace o dítěti			
Jméno příjmení		Místo narození	
Datum narození		Státní občanství	
Ulice		Město	
Mateřský jazyk		Kód a název ZP	
Rodné číslo dítěte			

Informace o rodičích			
Jméno a příjmení matky		Jméno a příjmení otce	
Adresa bydliště		Adresa bydliště	
Kontaktní telefon		Kontaktní telefon	
E-mail:		E-mail:	
Rodné číslo	/	Rodné číslo	/

Osoby pověřené rodičem vyzvedávat dítě					
Jméno a příjmení		Rodné číslo		Telefon	
Jméno a příjmení		Rodné číslo		Telefon	

Plánovaný termín nástupu dítěte do mateřské školy	
Uveďte datum plánovaného nástupu dítěte do jeslí	

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO(NÝCH) ZÁSTUPCE(Ů):

V Karlových Varech dne ____ . ____ . ____

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme pedagogickému personálu školy, jakýkoliv výskyt přenosné choroby, nebo jiného rizikového onemocnění, v naší rodině, nebo 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, může škola vyloučit dítě z docházky bez nároku zákonného zástupce na vrácení vyměřených poplatků.

Podpis(y) zákonného(ných) zástupce(ů) _____

PŘÍLOHA Č. 1 K PŘIHLÁŠCE DÍTĚTE K ZÁPISU DO DĚTSKÝCH JESLÍ

Já, níže podepsaný zákonný zástupce dítěte přihlašovaného k zápisu do výše uvedeného školského zařízení, zapsaného pod IČ: 29125162, uděluji tímto souhlas této škole ke zpracování mnou poskytnutých osobních údajů včetně rodných čísel ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění zákona č. 133/2000Sb. O evidenci obyvatel a rodných čísel v platném znění.

Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004Sb. Školský zákon v platném znění. Souhlas poskytuji po celé období docházky přihlašovaného dítěte do školy a zároveň dále na zákonem stanovenou dobu, po kterou se dokumentace ve škole archivuje. Škola se zavazuje neposkytnout tyto údaje dalším osobám a úřadům s výjimkou zákonem stanovených případů.

Podpisem tohoto dokumentu také uděluji svůj souhlas v publikování audio vizuálních záznamů z provozů školy, na kterých je zachyceno mé dítě, za účelem propagace školy na reklamních materiálech, webových stránkách školy a facebookových profilech školy. Jsem srozuměn s tím, že mohu tento svůj souhlas kdykoliv odvolat, nebo požádat školu o stažení již publikovaného záznamu/záznamů, pokud nebude toto mé zpět vzetí souhlasu s publikováním finanční zátěží pro školu (pro případy tištěných reklamních materiálů).

Zároveň podpisem tohoto dokumentu potvrzuji, že jsem četl a souhlasím s podmínkami stanovenými v řádech a nařízeních školy, které jsou vedeny především ve školním a provozním řádu školy a v organizační směrnici školy a zavazuji se plnit své povinnosti jakožto zákonného zástupce dítěte, plynoucí z těchto řádů, nařízení a příslušných zákonů, kterými se školská zařízení řídí.

PŘÍLOHA Č. 2 K PŘIHLÁŠCE DÍTĚTE K ZÁPISU DO DĚTSKÝCH JESLÍ

ZÁVAZNÉ URČENÍ DOCHÁZKY DÍTĚTE

Já, níže podepsaný zákonný zástupce dítěte přihlašovaného k zápisu do výše uvedeného školského zařízení, zapsaného pod IČ: 29125162, mám zájem pro své dítě uvedené na prvním listu této přihlášky v sekci Informace o dítěti sjednat docházku v tomto rozsahu:

Závazné určení docházky dítěte do dětských jeslí na uvedené dny v týdnu (požadované zaškrtněte)			
<input type="checkbox"/>	PONDĚLÍ	<input type="checkbox"/>	ČTVRTEK
<input type="checkbox"/>	ÚTERÝ	<input type="checkbox"/>	PÁTEK
<input type="checkbox"/>	STŘEDA		

Podpis(y) zákonného(ných) zástupce(ů) _____

PŘÍLOHA Č. 3 K PŘIHLÁŠCE DÍTĚTE K ZÁPISU DO DĚTSKÝCH JESLÍ

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K NÁSTUPU DO DĚTSKÝCH JESLÍ
(od 1,5 do 2let věku dítěte)

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ DÍTĚTE (správné odpovědi zakroužkujte)		
JSOU ZNÁMÉ ODCHYLKY OD PSYCHOMOTORICKÉHO VÝVOJE?	ANO	NE
TRPÍ DÍTĚ CHRONICKÝM ONEMECNĚNÍM (ALERGIE, ATD.)	ANO	NE
JE POTŘEBA SPECIÁLNÍ VÝCHOVY?	ANO	NE
JE POTŘEBA SPECIÁLNÍHO REŽIMU?	ANO	NE
BERE DÍTĚ PRAVIDELNĚ LÉKY?	ANO	NE
JE DÍTĚ OČKOVÁNO DLE OČKOVACÍHO PLÁNU?	ANO	NE
DOPORUČUJE LÉKAŘ PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÝCH JESLÍ?	ANO	NE
JINÁ SDĚLENÍ LÉKAŘE	ANO	NE

V _____ DNE ____ . ____ . _____

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře