



Mateřské školy Kutná Hora

příspěvková organizace

Benešova 149, 284 01 Kutná Hora

IČO 71002103, tel. 327 525 377 - 8

e-mail : materskeskoly@ms-kh.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K CELODENNÍMU PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

do Mateřské školy.....

Jméno a příjmení dítěte:	
Adresa trvalého pobytu: (ulice, č. p., obec, PSČ)	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Statní občanství:	
Mateřský jazyk:	
Zdravotní pojišťovna:	
Jméno a kontakt na pediatra:	
Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte, popřípadě jiné důležité informace:	

zákonní zástupci dítěte:

	MATKA	OTEC
Jméno a příjmení:		
Adresa trvalého pobytu: (ulice, č. p., obec, PSČ)		
Tel. číslo:		
E – mail:		

V Kutné Hoře	Podpis matky:
Datum:	Podpis otce:



Mateřské školy Kutná Hora

příspěvková organizace

Benešova 149, 284 01 Kutná Hora

IČO 71002103, tel. 327 525 377 - 8

e-mail : materskeskoly@ms-kh.cz

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:	
Adresa trvalého pobytu: (ulice, č. p., obec, PSČ)	
Datum narození:	
Celodenní stravování	

zákonní zástupci dítěte:

	MATKA	OTEC
Jméno a příjmení:		
Adresa trvalého pobytu: (ulice, č. p., obec, PSČ)		
Tel. číslo:		
E – mail:		

V Kutné Hoře	Podpis matky:
Datum:	Podpis otce:



Mateřské školy Kutná Hora

příspěvková organizace

Benešova 149, 284 01 Kutná Hora

IČO 71002103, tel. 327 525 377 - 8

e-mail : materskeskoly@ms-kh.cz

OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Ve smyslu ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a účinnosti nařízení Evropského parlamentu a Rady /EU/ 2016/ 679 ze dne 27.4.2016 dávám svůj souhlas organizaci Mateřské školy Kutná Hora ke zpracování a evidování osobních údajů a osobních citlivých údajů mého dítěte. Podle zákona č. 561/2004 Sb. toto dávám k vedení povinné dokumentace školy a zdravotní dokumentace.

Tento souhlas dávám pouze po dobu docházky mého dítěte do mateřské školy.

Všechny uvedené údaje jsou pravdivé.

Kutná Hora dne:

podpis zákonného zástupce:

.....



Mateřské školy Kutná Hora

příspěvková organizace

Benešova 149, 284 01 Kutná Hora

IČO 71002103, tel. 327 525 377 - 8

e-mail : materskeskoly@ms-kh.cz

VOJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:	
Adresa trvalého pobytu: (ulice, č. p., obec, PSČ)	
Datum narození:	

Vyjádření lékaře:

Jde o dítě se speciálně vzdělávacími potřebami?	
Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?	
Trpí dítě chronickým onemocněním?	
Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlety?	
Bere dítě pravidelně léky?	
Je dítě očkováno?	
Doporučuji přijetí dítěte do MŠ?	

V Kutné Hoře	Razítko lékaře
Datum:	Podpis lékaře