

|                   |    |           |
|-------------------|----|-----------|
| Jméno a příjmení: | 1. | rok nar.: |
|                   | 2. | rok nar.: |
|                   | 3. | rok nar.: |
|                   | 4. | rok nar.: |

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE** (vyplní v případě potřeby zákonný zástupce ve spolupráci se zapisující učitelkou):

|  |
|--|
|  |
|--|

Bereme na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Souhlasíme se zpracováním osobních a citlivých údajů dle zákona č. 110/2019Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. *(nehodící se škrtněte)*

| ANO                                                                                                                                                                                                                                                       | NE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Souhlasíme, že mateřská škola může v rámci prezentace školy v médiích, na webových stránkách školy, sociálních sítích a v budově školy využít fotografické záběry a výtvary dítěte vzniklé během pobytu našeho dítěte v MŠ. <i>(nehodící se škrtněte)</i> |    |
| ANO                                                                                                                                                                                                                                                       | NE |

**Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné a jakoukoliv změnu v údajích nahlásím.**

Podpis zákonného zástupce žadatele: .....

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU:**

|                                                                                                                |     |    |  |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|--|-----------------------------------------------------|
| 1. Dítě se podrobilo povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví. | ANO | NE |  |                                                     |
| 2. Dítě je zdravé, bez zvláštních omezení                                                                      | ANO | NE |  |                                                     |
| 3. Dítě pravidelně užívá léky                                                                                  | ANO | NE |  |                                                     |
| 4. Dítě vyžaduje zvláštní režim                                                                                | ANO | NE |  |                                                     |
| Jiné sdělení lékaře:                                                                                           |     |    |  |                                                     |
| <b>Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole.</b>                    |     |    |  |                                                     |
| <div>.....</div> <div>Datum</div>                                                                              |     |    |  | <div>.....</div> <div>Razítko a podpis lékaře</div> |