****Mateřská škola Vodochody

Školská 59, Vodochody

e-mail: [ms.vodochody@seznam.cz](mailto:ms.vodochody@seznam.cz)

tel.: 722939365

Přílohy: u dítěte s potřebou podpůrných opatření zákonný zástupce doloží vyjádření školského poradenského zařízení (nebo odborného lékaře)

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

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  **JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:**  **DATUM NAROZENÍ:**   1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku ANO NE   nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu  nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a  dále v případě očkování hexavaxínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně  2+1 dávka  *nebo*  Je proti nákaze imunní ANO NE  *nebo*  Nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraidikaci, popř. pro dočasnou  kontraidikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky ANO NE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum razítko a podpis lékaře |

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§37 odst. 2 zákona č.500/2004 Sb. A § 34 odst. 5a 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.