****Mateřská škola Vodochody

Školská 59, Vodochody

e-mail: 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 rozsahunejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám adále v případě očkování hexavaxínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně2+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.