**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**v ZŠ a MŠ Besednice, okres Český Krumlov**

ve školním roce 2024/2025

**Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání ve školním roce 2024/2025 mého syna/mé dcery.**

**Dávám souhlas ZŠ a MŠ Besednice, okres Český Krumlov k tomu, aby zpracovala a evidovala údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679.**

**Současně prohlašuji, že jsem se seznámil s kritérii přijetí do MŠ Besednice pro školní rok 2024/2025.**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení: |  |
| datum narození: |  |
| místo (adresa) trvalého pobytu: |  |

1. **Zákonný zástupce dítěte:**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení: |  |
| místo trvalého pobytu: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení: |  |
| místo trvalého pobytu: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |

1. **Ředitel školy:**
* jméno a příjmení: Ing. Eva Tomášková
* škola: Základní škola a Mateřská škola Besednice, okres Český Krumlov
1. **Doplňující informace k žádosti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Požadovaná délka denní docházky do MŠ | celodenní | polodenní |
| Den a měsíc zahájení docházky dítěte k předškolnímu vzdělávání |  |

Zákonní zástupci si zvolili společného **zmocněnce** ve správním řízení a pro doručování písemností:

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Adresa pro doručování písemností (včetně PSČ): |  |

**Součásti žádosti** je potvrzení lékaře o očkování.

Zákonní zástupci dítěte se zdravotním postižením k žádosti přikládají vyjádření školského poradenského zařízení, případně pediatra.

Až do vydání rozhodnutí mohou po telefonické dohodě účastníci řízení nahlížet do spisu, žádat informace, činit návrhy, dokládat a vyjadřovat se k němu.

V Besednici dne: …………………………………………….

 podpis zákonných zástupců

Pravdivost údajů v žádosti dle průkazu totožnosti zákonného zástupce – zmocněnce ve správním řízení a rodného listu dítěte zkontrolovala:

Jméno pracovníka ZŠ a MŠ Besednice: Zdeňka Huťová, zástupkyně ředitelky školy pro MŠ

Podpis:

Datum: