

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO LESNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY FELBIÁNEK OD ŠKOLNÍHO ROKU 2026/2027

### Osobní údaje zákonných zástupců:

|                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Jméno a příjmení:                                                     | Jméno a příjmení:                                                     |
| Datum narození:                                                       | Datum narození:                                                       |
| Trvalé bydliště:                                                      | Trvalé bydliště:                                                      |
| Doručovací adresa (nevyplňujte, pokud je shodná s trvalým bydlištěm): | Doručovací adresa (nevyplňujte, pokud je shodná s trvalým bydlištěm): |
| Kontaktní telefon:                                                    | Kontaktní telefon:                                                    |
| E-mail:                                                               | E-mail:                                                               |

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do LMŠ Felbiánek bude vyřizovat

(Jméno a příjmení zákonného zástupce): .....

### Osobní údaje dítěte:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození:   |  |
| Rodné číslo:      |  |
| Trvalé bydliště:  |  |

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Aktuální bydliště<br>(nevypĺňujte, pokud<br>je shodná s trvalým<br>bydlištěm): |  |
| Název a adresa<br>spádové MŠ:                                                  |  |

**Dítě bude celodenně navštěvovat Lesní mateřskou školu Felbiánek (zaškrtněte jednu variantu, pro děti v posledním předškolním roce nevypĺňujte):**

|                          |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>3 dny v týdnu, preferujeme tyto dny:</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>5 dní v týdnu</b>                        |

**Prohlášení a souhlas zákonných zástupců:**

1. Zákonný zástupce dítěte prohlašuje, že uvedené informace o zákonných zástupcích a dítěti, které jsou podmínkou přijetí dítěte do LMŠ, obsahují přesné, pravdivé a úplné údaje. O změně uvedených údajů bude bez prodlení informovat školku ([skolka@felbianek.cz](mailto:skolka@felbianek.cz)).
2. Zákonný zástupce dává souhlas Lesní mateřské škole Felbiánek, IČ: 21 120 897, Felbabka 80, 268 01 Hořovice, k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění a podle obecného nařízení na ochranu osobních údajů GDPR (General Data Protection Regulation) a dle pravidel GDPR zřizovatele LMŠ, spolku Felbiánek, z. s., k nahlédnutí na [www.felbianek.cz](http://www.felbianek.cz). Informace v této přihlášce jsou využívány pouze pro vnitřní potřebu LMŠ, oprávněné orgány státní správy a samosprávy a pro potřebu uplatnění zákona č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím.

.....  
Místo a datum

.....  
Podpis zákonného zástupce

**Vyjádření dětského lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**

Není vyžadováno u dětí, pro které je vzdělávání povinné, tedy pro děti v posledním předškolním roce v mateřské škole, dle Zákona 561/2004 Sb. (školský zákon).

**Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:**

**ANO / NE \***

.....  
Datum, podpis a razítko lékaře