

ŽADATEL (DÍTĚ)

Jméno a příjmení:			
Bydliště:			
Rodné číslo:		Místo narození:	
Státní občanství:		Státní příslušnost:	Kód pojišťovny:

ZMOCNĚNÍ K ODVÁDĚNÍ DÍTĚTE Z MŠ VE ŠKOLNÍM ROCE			
Název školy:	Základní škola a Mateřská škola Kateřinice, okres Vsetín		
Sídlo:	čp. 154, 756 21 KATEŘINICE	Email:	zsams@katerinice.eu
IČO:	709 26 786	Ředitelka:	Mgr. Šárka Muchová

SPOLEČNÝ ZMOCNĚNEC

Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce pro doručování písemností.
(jeden ze zákonných zástupců dle § 31 zákona 500/2004 Sb., *správní řád*, v platném znění)

Jméno a příjmení:			
Bydliště:			
Email:		Telefon:	

ZMOCNĚNÉ OSOBY

Jméno a příjmení:			
Jméno a příjmení:			
Jméno a příjmení:			
Jméno a příjmení:			
Jméno a příjmení:			

Jsem si vědom/a, že podle § 9 zákona č. 40/1964 Sb., *občanský zákoník*, v platném znění, mají nezletilí způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající věku. Dle §5 odst. 1 vyhlášky č. 14/2005 Sb., *o předškolním vzdělávání*, vykonává **pedagogický pracovník dohled nad dítětem do doby, kdy jej předá jeho zákonnému zástupci nebo jím pověřené osobě.**

Kateřinice 20.....	Podpis zákonného zástupce:	
--------------------------	----------------------------	--

S uvedenými údaji bude škola nakládat výhradně v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

PŘEVZETÍ ŽÁDOSTI V ZÁKLADNÍ ŠKOLE A MATEŘSKÉ ŠKOLE KATEŘINICE, OKRES VSETÍN

Datum:

Pověřená osoba:

šedá pole vyplňuje škola