

ZÁPISNÍ LÍSTEK DO _ . ROČNÍKU

PRO ŠK. ROK ____ / ____

Údaje o žákovi/žákyni:

Registrační číslo přidělené pro oznámení rozhodnutí o přijetí: *

Jméno:	Příjmení:	
Rodné číslo:	Datum narození:	
Místo narození:	Státní příslušnost:	Zdravotní pojišťovna:
Trvalý pobyt:		
Dětský lékař: Titul, jméno, příjmení:		adresa, telefon:
Údaje o předchozím vzdělávání: (zvolte: MŠ-individuální vzdělávání-přípravná třída – zahraniční škola)		Adresa MŠ/počet let docházky do MŠ

Dítě je: **) PRAVÁK – LEVÁK – dítě je nevyhraněné
 Má dítě vadu řeči?**) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: _____
 Má dítě vadu sluchu?**) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: _____
 Má dítě vážnější vadu zraku?**) ANO - NE Léčí se? ANO – NE Kde: _____
 Má dítě nějaké vážné zdravotní či jiné problémy, které by mohly ovlivnit jeho školní docházku? Jaké?

Mám zájem o docházku dítěte do školní družiny**) ANO – NE
 Mám zájem o školní stravování dítěte**) ANO – NE
 Mám zájem o výuku náboženství**) ANO – NE
 Nástup dítěte do ZŠ: **) PO ODKLADU – V ŘÁDNÉM TERMÍNU
 Budu žádat o odklad povinné školní docházky ANO – NE
 Podání žádosti současně na jinou ZŠ ANO – NE

Podle svého uvážení uveďte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole (např. dítě v péči jednoho rodiče, sociální znevýhodnění, střídavá péče, dlouhodobý pobyt rodiny v cizině apod.):

Údaje o matce dítěte:

Jméno:		
Adresa bydliště:		
Telefon – pevná linka:	Telefon – mobil:	Email:

Údaje o otci dítěte:

Jméno:		
Adresa bydliště:		
Telefon – pevná linka:	Telefon – mobil:	Email:

Adresa pro doručování písemností (Uveďte adresu zák. zástupce, jemuž budou zasílána sdělení týkající se žáka):

Jméno a příjmení adresáta:
Adresa (včetně PSČ):

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb. Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého dítěte, existuje-li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho zdraví. Svůj souhlas poskytnu pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona, v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytnu na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR.

V _____, dne: _____ Podpis zákonného zástupce: _____

*) vyplní škola

**) nehodící se škrtněte