# **Zápisový lístek**

### Údaje o dítěti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení | Jméno | |
| Datum narození | Místo narození | Okres narození |
| Rodné číslo | Státní občanství | Zdravotní pojišťovna |
| Trvalý pobyt | Ošetřující lékař | |

nešestiletý – školsky nezralý – budou žádat o odklad školní docházky

Navštěvovalo dítě mateřskou školu? ANO – NE Název a místo MŠ ………………………………………………………………….

Nastupuje dítě do školy v řádném termínu? ANO – NE *(v loňském roce již mělo odklad povinné školní docházky)*

Má dítě zdravotní postižení? (zrak, sluch, vada řeči) ANO - NE Pokud ano, uveďte prosím jaké a kde se léčí:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Má dítě nějaké vážné zdravotní či jiné problémy, které by mohly ovlivnit jeho školní docházku? Jaké?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### Údaje o otci dítěte

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení | |
| Adresa bydliště (nebydlí-li s dítětem) | |
| Telefon | e-mail |

### Údaje o matce dítěte

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení | |
| Adresa bydliště (nebydlí-li s dítětem) | |
| Telefon | e-mail |

### Zákonný zástupce žáka (pokud jím není otec nebo matka dítěte)

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení | Adresa bydliště: |
| Telefon | e-mail |

### Adresa pro doručování písemností (Uveďte adresu jednoho zákonného zástupce, jemuž budou zasílána sdělení týkající se žáka.)

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení adresáta |
| Adresa včetně PSČ |

Mám zájem o školní družinuANO – NE

Mám zájem o stravování ve ŠJ ANO – NE

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas **Základní škole Březí** k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. 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, 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 poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, mimoškolní akce školy jako školní výlety, školy v přírodě a lyžařské kurzy, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

V Březí dne .............................. Podpis zákonných zástupců:...............................................................