|  |  |
| --- | --- |
|  | **Žádost o zápis dítěte do 1. ročníku základní školy ve školním roce 2020/2021****Základní škola Velké Meziříčí, Sokolovská 470/13** |
|  |  |  |
|  |
| **Dítě** |
| **Jméno a příjmení** |  | **Registrační číslo** (vyplní škola) |  |
| Adresa trvalého bydliště |  |
| Datum narození |  | Rodné číslo |  |
| Místo narození |  | Státní občanství |  |
| Navštěvovaná MŠ |  | Kolik let |  |
| Udělen odklad PŠD v loňském roce (ano / ne) |  | Třídy sourozenců na škole |  |
| **1. zákonný zástupce dítěte** |
| Jméno a příjmení |  | Vztah (otec / matka) |  |
| Trvalé bydliště (nebo viz dítě) |  |
| e-mail |  | Telefon |  | Datová schránka |  |
| **2. zákonný zástupce dítěte** |
| Jméno a příjmení |  | Vztah (otec / matka) |  |
| Trvalé bydliště (nebo viz dítě) |  |
| e-mail |  | Telefon |  | Datová schránka |  |
| **Adresa pro doručování písemností (nebo viz 1. zákonný zástupce / 2. zákonný zástupce)** |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa |  |
| **Zdravotní stav dítěte** |
| Ošetřující lékař |  | Zdravotní pojišťovna |  |
| Vady řeči (ano / ne) |  | Jaké |  |
| Vady zraku (ano / ne) |  | Jaké |  |
| Vady sluchu (ano / ne) |  | Jaké |  |
| Lateralita dítěte (levák x pravák x není zatím zřejmé) |  |
| Jiné zdravotní obtíže nebo okolnosti, které by mohly ovlivnit školní docházku dítěte (ano - popis / ne) |  |
|  |
| **Žádost o odklad PŠD pro dítě (ano / ne)** |  |
| Přílohy k žádosti o odklad PŠD (ano / zatím ne) |  | Počet listů příloh |  |
| **Volitelné položky** |
| Žádost o zařazení do školní družiny (ano / ne) |  | Žádost o stravování ve školní jídelně (ano / ne) |  |
| **V** | **Dne** | **Podpisy zákonných zástupců dítěte** |
|  |  |  |
|  |
| V případě přijetí dítěte k základnímu vzdělávání 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. 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 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, 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 běžných 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. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.V žádosti uvedené osobní údaje jsou požadovány za účelem vedení správního řízení - zápisu a přijetí dítěte do 1. ročníku základní školy.Při vedení dokumentace škola postupuje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR) a v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. |