

ZŠ Světoplavci

ZÁKLADNÍ ŠKOLA SVĚTOPLAVCI, S.R.O.

Hradební 24, 379 01 Třeboň

Statutární orgán: Mgr. Bc. Kateřina Parvonič

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE

Žádám o přijetí svého dítěte

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

MÍSTO NAROZENÍ

DATUM NAROZENÍ

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ADRESA

STÁTNÍ OBČANSTVÍ

MATEŘSKÁ ŠKOLA

K POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZCE DO ZÁKLADNÍ ŠKOLY SVĚTOPLAVCI OD ŠKOLNÍHO ROKU 2024/2025

zákonní zástupci dítěte

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

TELEFON

ADRESA

KONTAKTNÍ E-MAIL

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

TELEFON

ADRESA

KONTAKTNÍ E-MAIL

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. 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, 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. Byl(a) jsem poučen(a) o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů v době vyučování za přítomnosti vyučujícího 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.

V

dne

podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců