|  |
| --- |
| **DOTAZNÍK PRO RODIČE ŽÁKA 1. ROČNÍKU ZŠ** |

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí (vyplní škola):

**1. Osobní údaje dítěte:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | | Datum narození: |  |
| Místo narození: |  | | Rodné číslo: |  |
| Státní občanství: |  | | Zdr. pojišťovna: |  |
| Trvalé bydliště: |  | | | |
| PSČ: |  | Mateřský jazyk: |  | |

**2. Rodinné údaje:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MATKA | | | OTEC | | |
| Příjmení a jméno: |  | | |  | | |
| Bydliště  (jen pokud se liší od bydliště dítěte): |  | | |  | | |
| PSČ: |  | | |  | | |
| Kontaktní telefon: |  | | |  | | |
| Kontaktní e-mail: |  | | |  | | |
| Zákonný zástupce (pokud jím není otec nebo matka dítěte): | | |  | | | |
| Kontaktní osoba:  (pro případ mimořádné události) | |  | | | Telefon: |  |

**3. Sourozenci (vyplňte, prosím, jména a příjmení sourozenců a rok narození)**

|  |
| --- |
|  |

**4. Zdravotní údaje o dítěti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ošetřující dětský lékař: |  | Telefon: |  |
| Adresa zdrav. zařízení: |  | | |
| Zdravotní postižení nebo chronické onemocnění dítěte  zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.) | | | |
| Uveďte: | | | |

**5. Ostatní údaje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dítě navštěvovalo MŠ: | ANO NE |
| Adresa MŠ: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pro školní rok **2 0 2 2 / 2 0 2 3** žádáme odklad školní docházky. | ANO NE |
| K žádosti o odklad PŠD přikládám zprávu z pedagogicko-psychologické poradny. | ANO NE |
| K žádosti o odklad PŠD přikládám lékařskou zprávu. | ANO NE |
| Dítě mělo odklad PŠD v loňském školním roce. | ANO NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Dítě bude od září pravidelně navštěvovat školní družinu. | ANO NE NEVÍM |
| Dítě se bude pravidelně stravovat ve školní jídelně. | ANO NE NEVÍM |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dítě je | pravák | levák | užívá obě ruce stejně |
| Zvláštní schopnosti dítěte, které projevilo před nástupem do školy  (čtení, psaní, umělecké sklony, matematické vlohy) | |  | |
| Další údaje o dítěti, které považujete za důležité sdělit: | |  | |

**POUČENÍ**

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 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 propagačním 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. a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis rodičů nebo zákonného zástupce dítěte