

Dotazník k přijetí dítěte k základnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození :

Rodné číslo:

Místo narození :

Zdravotní pojišťovna:

Státní občanství :

Trvalé bydliště dítěte

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:

Doručovací adresa dítěte

Zaškrtněte, je-li shodná s trv. bydlištěm

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:

Jméno a příjmení matky:

Titul:

Telefon matky:

E-mail:

Trvalé bydliště matky

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:

Doručovací adresa matky

Zaškrtněte, je-li shodná s trv. bydlištěm

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:

Jméno a příjmení otce:

Titul:

Telefon otce:

E-mail:

Trvalé bydliště otce

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:

Doručovací adresa otce

Zaškrtněte, je-li shodná s trv. bydlištěm

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

/

Město:

PSČ:



Základní a mateřská škola Naděje Frýdek-Místek, Škarabelova 562
738 01, Frýdek-Místek, příspěvková organizace, IČO: 600 461 04
www.zsmsnadeje.cz, e-mail: zsnadeje@seznam.cz, ID: 22cjjgq

Navštěvuje dítě mateřskou školu? ANO NE

Adresa mateřské školy

Ulice: Číslo popisné/orientační: /
Město: PSČ:

Bylo dítě vyšetřeno ve speciálně-pedagogickém centru, pedagogicko-psychologické poradně, lékaře- specialisty, psychologa?

ANO NE

Pokud jste zaškrtnli ANO, uveďte adresu (adresy) poradenských zařízení , jehož je dítě klientem:

1.
2.
3.

* Doporučení poradenského zařízení je nutno doručit škole současně s žádostí o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání.

Jiné důležité informace o dítěti (zdravotní stav, s kterým rodičem žije po rozvodu manželství, apod.):

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 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, videí a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlasím s tím, aby škola autorská díla mého dítěte užívala za účelem propagace. 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 Evropského nařízení ke GDPR.

Ve Frýdku-Místku dne:

Jméno a příjmení podepsané osoby:

podpis zákonného zástupce