# 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: 

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 zaškrtli 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