**Základní škola a mateřská škola města Olešnice, příspěvková organizace, Hliníky 108, 679 74 Olešnice**

tel. 516 463 119, 516 463 608 IČO: 62073281 e-mail: skola@olesnice.cz

**ZÁPISNÍ LÍSTEK DO 1. ROČNÍKU ZÁKLADNÍ ŠKOLY**

pro školní rok 2023/2024

**INFORMACE O DÍTĚTI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Datum narození |  | Místo narození |  |
| Rodné číslo |  | Mateřský jazyk |  |
| Státní příslušnost |  | Zdravotní pojišťovna |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Přechodné bydliště |  |

**INFORMACE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH DÍTĚTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Otec dítěte* | *Matka dítěte* |
| Jméno a příjmení |  |  |
| Trvalé bydliště |  |  |
| Přechodné bydliště |  |  |
| Mobilní telefon |  |  |
| E-mail |  |  |
| Zaměstnání |  |  |
| Telefon do zaměstnání |  |  |

**DALŠÍ OKOLNOSTI:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ano – ne* |
| Po odkladu povinné školní docházky |  |
| Žádost o odklad povinné školní docházky |  |
| Zájem o školní družinu |  |
| Zájem o školní jídelnu |  |
| Zájem o náboženství |  |
| Alergie (na co) |  |

**ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ DÍTĚTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Typ zdravotního postižení* | *Ano – ne* |
| Tělesné postižení |  |
| Zrakové postižení |  |
| Sluchové postižení |  |
| Mentální postižení |  |
| Porucha autistického centra |  |
| Vady řeči (péče logopeda) |  |
| Zdravotní oslabení (jaké) |  |
| Jiné |  |

**DALŠÍ ÚDAJE O DÍTĚTI, KTERÉ POVAŽUJETE ZA DŮLEŽITÉ:**

|  |
| --- |
|  |

 Dávám svůj souhlas k tomu, aby škola zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění zákona č. 133/200 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech 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 zdravotnické dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy (školní výlety, lyžařské kurzy apod.), vedení přijímacího řízení, úrazového pojištění žáků 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. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat, a to i bez udání důvodů.

Datum……………………………………………

Podpis zákonného zástupce ………………………………………………………