

Žádost o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání

Adresát – správní orgán:

Masarykova základní škola Morašice, okres Svitavy
569 51 Morašice 27
Mgr. Miloš Krejčí, ředitel školy

www.skolamorasice.cz

tel.: 603 182 523, zs.morasice@tiscali.cz

Žadatel, zákonný zástupce dítěte

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání (s odkladem školní docházky, s přestupem do jiné základní školy aj.) bude vyřizovat

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Jiná kontaktní adresa/bydliště: _____

Telefonní číslo: _____ Email: _____ Datovka: _____

Podle ustanovení § 36, odstavce 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

PŘIHLAŠUJI K ZÁPISU K POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZCE DO 1. ROČNÍKU NA MASARYKOVĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLE MORAŠICE, OKRES SVITAVY ODE DNE 1. 9. 2023

Účastník řízení (dítě)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Jiná kontaktní adresa/bydliště: _____

Byl jsem poučen o možnosti odkladu školní docházky.

Další informace:

Školu navštěvuje sourozenec dítěte (jméno, třída): _____

Informace o tom, že jde o dítě se zdravotním postižením (vyjádření školského poradenského zařízení, pokud již bylo diagnostikováno): _____

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 ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v plat. 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 výchovný poradce, metodik prevence, 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 dle zák. 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 př. videozáznamů mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek 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 níž se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a Evropského nařízení k GDPR. Viz www.skolamorasice.cz

Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

V _____ dne _____ Podpis zákonného zástupce: _____

Počet příloh (např. rozhodnutí soudu, doporučení školského poradenského zařízení, odborného lékaře,...): _____

Příloha č. ____ Popis: _____

Příloha č. ____ Popis: _____

Příloha č. ____ Popis: _____