



## ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA DRAHANOVICE

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

DRAHANOVICE 44, 783 44 DRAHANOVICE, tel.: 585 949 267, 778 968 083; ID: 8gtmc26

e-mail: [schafferova@skoladrahanovice.cz](mailto:schafferova@skoladrahanovice.cz); [www.skoladrahanovice.cz](http://www.skoladrahanovice.cz)

ne šestiletý – nenavštěvoval MŠ – školsky nezralý – budou žádat o odklad šk. docházky

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí: \_\_\_\_\_

### ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2023/2024

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Místo narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Kód ZP: \_\_\_\_\_

Mateřská škola: \_\_\_\_\_

Zdravotní stav dítěte (nadání, zdravotní nebo sociální znevýhodnění):  
\_\_\_\_\_

Výslovnost: \_\_\_\_\_

Sourozenci (jméno, třída): \_\_\_\_\_

Dítě bude navštěvovat **ŠD**: \_\_\_\_\_ ano – ne

Dítě se bude stravovat ve **školní jídelně**: \_\_\_\_\_ ano – ne

Otec – jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Tel. č.: \_\_\_\_\_ Telefonní číslo do zaměstnání: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Matka – jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Tel. č.: \_\_\_\_\_ Telefonní číslo do zaměstnání: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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 k 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 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 kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a ve smyslu Evropského nařízení k GDPR.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Podpis učitelky

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonných zástupců