

Základní škola Lipůvka, příspěvková organizace, Lipůvka 283, 679 22 Lipůvka
ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2018/2019

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____ Okres: _____ Státní občanství: _____

Trvalý pobyt: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Mateřská škola: _____

Bude navštěvovat ŠD: _____ Výslovnost: _____

Zdravotní stav, postižení, obtíže: _____

Sourozenci: jméno, r. nar. _____

OTEC _____ E-mail: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa pro doručování pošty (neshoduje-li se s trvalým bydlištěm) _____

mobil: _____ tel. do zam.: _____ tel. do bytu: _____

MATKA _____ E-mail: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa pro doručování pošty (neshoduje-li se s trvalým bydlištěm) _____

mobil: _____ tel. do zam.: _____ tel. do bytu: _____

Důležité sdělení rodičů o dítěti (rozvod rodičů, očekávané stěhování, leváctví, krátkozrakost, nedoslýchavost, výslovnost, zdravotní stav aj):

.....
Souhlasím s tím, aby Základní škola Lipůvka, příspěvková organizace, zpracovávala a evidovala osobní údaje vč. rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 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 zdravotní dokumentace a 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. Dále dávám škole 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, sociálních a obdobných služeb. Byl(a) jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

Údaje školy (vyplní škola):

Rodiče budou žádat odklad školní docházky:

Zapsala:

V _____ Dne: _____

Podpisy zákonných zástupců:.....