***Zápisní list do 1. ročníku pro školní rok 2023/2024***

Vaše registrační číslo: (vyplní škola)

|  |
| --- |
| ***Jméno a příjmení dítěte:*** |
| ***Datum narození:*** | ***Rodné číslo:*** |
| ***Místo narození:*** | ***Státní občanství:*** |
| ***Zdravotní pojišťovna:*** | ***Národnost:*** |
| ***Trvalé bydliště:*** |
| ***Místo přechodného pobytu:*** |

|  |
| --- |
| ***Zákonnými zástupci dítěte jsou:*** ***(oba rodiče, jen matka, jen otec apod.)***  |
| Zákonný zástupce 1:  |
| Adresa trvalého bydliště: (jen pokud se liší od trvalého bydliště žáka)  |
| Telefon:  | Telefon do zaměstnání:  |
| E-mail: | ID datové schránky: |
| ***Zákonnými zástupci dítěte jsou:*** ***(oba rodiče, jen matka, jen otec apod.)***  |
| Zákonný zástupce  |
| Adresa trvalého bydliště: (jen pokud se liší od trvalého bydliště žáka)  |
| Telefon:  | Telefon do zaměstnání:  |
| E-mail: | ID datové schránky: |
| ***Osobní údaje zákonných zástupců budou vedeny v matrice školy.*** |

|  |
| --- |
| Navštěvuje dítě MŠ: ANO – NE \*) |
| Název a adresa MŠ: |
| Přichází dítě po odkladu: ANO – NE\*)  |
| Škola, která udělila odklad: |
| Zdravotní stav dítěte: | Dítě je: levák - pravák |
| Speciální vzdělávací potřeby: | Mimořádné nadání: |
| Výslovnost – potřeba logopedické péče: ANO – NE \*) | Asistent pedagoga: ANO – NE \*) |
| Dítě je schopno zúčastnit se výuky tělesné výchovy v plném rozsahu: ANO – NE\*) |

 **\*)** nehodící se škrtněte

*Dávám svůj souhlas* ***Základní škole a Mateřské škole Ludvíka Očenáška Dolní Bělá, příspěvkové organizaci*** *k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla a fotografie 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 a psychologických vyšetření, mimoškolních akcí školy jako školní výlety, školy v přírodě, sportovní kurzy a soustředění, přijímacích řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků a pro jiné účely související s běžným chodem školy.*

*Dávám škole souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci preventivně sociálně patologických jevů pracovat psycholog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických služeb, sociálních a obdobných služeb.*

*Souhlas poskytuji na celé období školní docházky mého dítěte do této školy a na zákonem stanovenou dobu nezbytnou pro jejich zpracování, vědecké účely a archivnictví. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.*

*Byl(a) jsem poučen(a) o právech podle zákona č. 101/2020 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zejména o svém právu tento souhlas kdykoliv odvolat a to bez udání důvodu.*

*Byl jsem školou informován o tom, jak mohu do doby zahájení povinné školní docházky pomoci svému dítěti v jeho dalším rozvoji.*

V Dolní Bělé dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_