

Základní škola a Mateřská škola Řepiště,**příspěvková organizace**

Mírová 555, 739 31 Řepiště

IČ 75029278, zastoupená Mgr. Martinou Bastovou

Datum zápisu do rejstříku škol: 1.1.2005

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ
Přestup z jiné ZŠ

Dne:

Číslo jednací:

ÚČASTNÍCI ŘÍZENÍ:**I. STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE ORGANIZACE:**

Základní škola a Mateřská škola Řepiště, příspěvková organizace, Mírová 555, 739 31 Řepiště

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:
Mgr. Martina Bastová**II. ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽADATELE/ŽÁKA:**

MATKA:

OTEC:

Jméno a příjmení:

Jméno a příjmení:

Místo pobytu:

Místo pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

/Není-li shodná s adresou trvalého pobytu/

Adresa pro doručování písemností:

/Není-li shodná s adresou trvalého pobytu/

Telefonní číslo:

Telefonní číslo:

Datová schránka:

Datová schránka:

E-mail:

E-mail:

ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽADAJÍ O PŘIJETÍ DÍTĚTE:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

Zdrav. poj.:

MÍSTO TRVALÉHO POBYTU + PSČ:

RČ:

Adresa školy, z které zák/yně přichází:

Třída:

Zákonní zástupci berou na vědomí, že: 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. 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. 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.

Potvrzuji, že uvedené údaje jsou správné

Řepišť dne

.....
ředitelka

.....
Podpis zákonného zástupce