



ZÁKLADNÍ ŠKOLA a MATEŘSKÁ ŠKOLA
OBCE ZBYSLAVICE

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa místa trvalého pobytu:	
Adresa pro doručení:	
Telefon:	
E-mail:	

ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O PŘIJETÍ DÍTĚTE
k základnímu vzdělávání od školního roku 2024/2025

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

žádám o přijetí k základnímu vzdělávání na Základní škole a mateřské škole obce Zbyslavice, příspěvková organizace

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Adresa místa trvalého pobytu:	

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
---	--

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a jsem si vědom/a důsledků, které by z úmyslně uvedených nepravdivých údajů plynuly.

Byl/a jsem poučen/a o možnosti odkladu školní docházky (webové stránky školy).

Ve Zbyslavicích dne 23. 4. 2024

Podpis zákonného zástupce

Údaje dle § 28, odst. 2 písm. i) zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon)

Otec	MATKA
Jméno, příjmení, titul	Jméno, příjmení, titul
Adresa trvalého pobytu	Adresa trvalého pobytu
Telefonní kontakt	Telefonní kontakt
E-mailová adresa	E-mailová adresa

Další údaje týkající se dítěte:

Zdravotní pojišťovna:		Národnost dítěte:	
Školní družina: *)	ANO NE	Školní stravování: *)	ANO NE
Návštěva MŠ:	ANO NE	Počet sourozenců:	
Adresa navštěvované MŠ:			

*) V době zápisu nezávazné.

Údaje dle § 22, odst. 3) zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon)

Údaje o zdravotní způsobilosti dítěte ke vzdělávání a případných zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na vzdělávání (můžete řešit formou přílohy k žádosti).	
---	--

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. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence rizikového chování 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 webových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na neomezené období a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Byl/a jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

Jsem si vědom/a, že mám právo na výmaz údajů, pokud již nejsou potřebné pro původní účely, na odvolání souhlasu, při námitkách proti zpracování, při protiprávním zpracování, pokud není poskytnut souhlas se zpracováním, pokud je povinnost výmazu dána právní povinností.

Výmaz se provádí na základě písemné žádosti a provádí se u údajů, k jejichž zpracování byl poskytnut informovaný souhlas, výmaz nelze provést u zákonného zpracování osobních údajů.

Podpisem stvrzuji správnost údajů a prohlašuji, že žádost o přijetí k základnímu vzdělávání byla projednána oběma zákonnými zástupci, kteří vyslovují svůj souhlas se školní docházkou do Základní školy a mateřské školy obce Zbyslavice, příspěvková organizace a podepisují tuto žádost.

Ve Zbyslavicích dne 23. 4. 2024

Podpis zákonného zástupce dítěte