



Základní škola, Česká Lípa, Školní 2520, příspěvková organizace

ul. Školní 2520, 470 05 Česká Lípa

e-mail: zssever@volny.cz , www.zs-sever.cz IČO: 709 82 198

Z Á P I S O V Ý L Í S T E K pro rodiče žáků 1. ročníku ZŠ

Jméno žáka: _____

Bydliště: _____

Datum narození: _____ **Místo:** _____

Rodné číslo: _____ / _____ **Národnost:** _____

Státní příslušnost: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Mateřská škola: _____

Zdravotní stav: _____

Pravák - levák : _____

Bylo již dítě šetřeno v pedagogicko-psychologické poradně? **ano - ne**

Žádáte o vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně? **ano - ne**

Z jakého důvodu: _____

Budeme žádat - nežádáme o odklad školní docházky o 1 rok.

(Nehodící škrtněte!)

_____ podpis zákonných zástupců

MATKA

jméno: _____ rok narození: _____

bydliště: _____

vzdělání: základní - střední odborné - střední s maturitou - vysokoškolské

zaměstnání, adresa, kontakt (telefon, e-mail apod.) : _____

OTEC (vlastní/nevlastní)

jméno: _____ rok narození: _____

bydliště: _____

vzdělání: základní - střední odborné - střední s maturitou - vysokoškolské

zaměstnání, adresa, kontakt (telefon, e-mail apod.) : _____

E-MAILOVÁ ADRESA (pro kontakt se školou)

V 1. ročníku máme zájem o stravování ve školní jídelně : **ano - ne**

o školní družinu: **ano - ne**

o zařazení do plavecké třídy: **ano - ne**

o zařazení dítěte do kroužku anglického jazyka: **ano - ne**

o zařazení dítěte do kroužku sportovních her: **ano - ne**

V České Lípě dne _____ **Zapsal(a):** _____

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.

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 propagačním 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.

V České Lípě dne _____ 201...

podpis zákonného zástupce žáka