



3. Základní škola Holešov
769 01 Holešov, Družby 329

IČO: 70841471, ☎ 573 503 140, e-mail: kancelar@3zshol.cz, www.3zshol.cz

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí: _____

ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2017/2018

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____ Okres: _____

Státní občanství: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Sourozenci /jméno, třída/: _____

Navštěvovalo dítě MŠ: ANO – NE * Jak dlouho: _____

Adresa předškolního zařízení: _____

OTEC

Jméno a příjmení, titul otce: _____

Bydliště (pokud je odlišné od dítěte): _____

popř. adresa pro doručování: _____

Telefonické spojení : _____

E-mail: _____

MATKA

Jméno a příjmení, titul matky: _____

Bydliště (pokud je odlišné od dítěte): _____

popř. adresa pro doručování: _____

Telefonické spojení : _____

E-mail: _____

Jako zákonný zástupce bude v matrice školy uveden/a:

Otec – Matka *

Bude navštěvovat školní družinu:

ANO – NE *

Bude navštěvovat školní jídelnu:

ANO – NE *

Poznámka: Údaje označené * - škrtněte to, co se nehodí

Celkový zdravotní stav dítěte:

*dobry – má zdravotní obtíže /jaké/ **



**3. Základní škola Holešov
769 01 Holešov, Družby 329**

IČO: 70841471, ☎ 573 503 140, e-mail: kancelar@3zshol.cz, www.3zshol.cz

Trpí dítě očními, sluchovými či pohybovými vadami? /jestliže ano, popište/:

Trpí dítě v současné době vadami řeči? ANO – NE *

Navštěvuje klinického logopeda? ANO – NE *

Zákonný zástupce bude žádat o odklad povinné školní docházky: ANO – NE *

Z důvodu: *nezralost – nenavštěvoval MŠ – zdravotní důvody – jiné /popište/**

Byl zápis vykonán i na jiné základní škole? ANO – NE *

Kde? _____

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas 3. Základní škole Holešov, Družby 329, 769 01 Holešov 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, zveřejnění 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.

Souhlasím s použitím fotografií a prací mého dítěte na webu školy, ve školním časopise a regionálním tisku.

Beru na vědomí, že z důvodu vyrovnaných počtů žáků ve třídách si vedení školy vyhrazuje právo na zařazení žáků do jednotlivých tříd.

V Holešově, dne _____ Podpis zákonného zástupce: _____

Zapsané údaje souhlasí s rodným listem dítěte a dokladem totožnosti zákonného zástupce:

Podpis pedagoga: _____