**ZÁKLADNÍ ŠKOLA NOVÁ ROLE, příspěvková organizace**

# Žádost o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání

##  1. Zákonný zástupce dítěte

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Vztah k žákovi (otec, matka, osvojitel, poručník a jiné):** |  |
| **Místo trvalého pobytu** |  |
| **Ulice, číslo popisné:** |  |
| **Město:** |  | **PSČ:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:** |  |

##  2. Ředitelka školy

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | Mgr. Ester Nováková |
| **Škola:** | Základní škola Nová Role, příspěvková organizaceŠkolní 232, Nová Role |

##  3. Žádost

|  |  |
| --- | --- |
| **o přijetí** |  |
|  | **Jméno dítěte** |

|  |
| --- |
| k povinné školní docházce do Základní školy Nová Role, příspěvková organizace, Školní 232, Nová Role |
| **ve školním roce** |  |

Dávám svůj souhlas Základní škole Nová Role, okres Karlovy Vary k tomu, aby zpracovala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění a zákona číslo 133/2000Sb. O evidenci obyvatel a rodných čísel 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, mimoškolní akce školy jako školní výlety, školy v přírodě a lyžařské kurzy, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **V Nové Roli dne:** |  Podpis zákonného zástupce žáka/žákyně: |

|  |
| --- |
|  |
|  |

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA NOVÁ ROLE, příspěvková organizace**

# Příloha k žádosti o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání

##  Údaje o dítěti

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Místo a datum narození:** |  |
| **Místo trvalého pobytu** |  |
| **Ulice, číslo popisné:** |  |
| **Město:** |  | **PSČ:** |  |
| **Adresa pro doručování pošty:** |  |
| **Ulice, číslo popisné:** |  |
| **Město:** |  | **PSČ:** |  |
| **Státní příslušnost:** |  | **Zdr. pojišťovna:** |  |
| **Jméno, adresa a telefon ošetřujícího lékaře:** |  |
| **Zdravotní postižení, chronické onemocnění (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.), na které je nutno brát při vzdělávání ohled:** |
|  |
| **Adresa mateřské školy, kterou dítě navštěvovalo:** |  |
| **Nastupuje dítě do ZŠ po odkladu:** |  |
| **Další údaje, které považujete za důležité pro vzdělávání:** |
|  |

##  Údaje o zákonném zástupci

|  |
| --- |
| **Uveďte jména dalších osob, které mají statut zákonného zástupce dítěte** |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Vztah k žákovi (otec, matka, osvojitel, poručník a jiné):** |  |
| **Místo trvalého pobytu** |  |
| **Ulice, číslo popisné:** |  |
| **Město:** |  | **PSČ:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:** |  |