

## **ZÁPISNÍ LIST do 1. třídy pro školní rok ..... / .....**

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:

Vyplňte prosím čitelně hůlkovým písmem.

### **1. Žadatel - zákonný zástupce dítěte:**

Příjmení: ..... Jméno: .....

..... Titul:.....

Adresa trvalého pobytu:

.....

Adresa přechodného pobytu (korespondenční adresa k zasílání korespondence):

.....

Telefon domů: ....., do zaměstnání: .....,

e-mail: .....

ID osobní datové schránky: .....

### **2. Druhý zákonný zástupce:**

Příjmení: ..... Jméno: .....

..... Titul:.....

Adresa trvalého pobytu:

.....

Telefon domů: ....., do zaměstnání: .....,

e-mail: .....

ID osobní datové schránky: .....

### **3. Osobní údaje dítěte:**

Příjmení: .....

Jméno: .....

Rodné číslo: .....

Místo narození: .....

Státní občanství: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa trvalého pobytu:

.....  
.....

**Dítě navštěvovalo MŠ: \* ANO – NE, adresa MŠ a dopíše písmeno – viz níže:**

.....  
.....

- a) mateřskou školu, ve které se dítě vzdělává
- b) mateřskou školu, ve které se dítě individuálně vzdělává,
- c) základní školu, v jejíž přípravné třídě nebo přípravném stupni se dítě vzdělává,
- d) zahraniční školu na území České republiky, ve které se dítě vzdělává a ve které ministerstvo povolilo plnění povinné školní docházky podle § 38a, nebo
- e) údaj, že se na dítě nevztahuje povinné předškolní vzdělávání, pokud se dítě nevzdělává v žádné škole podle písmen a) až c).“

Dítě je \* LEVÁK – PRAVÁK .....

Má dítě vadu zraku: \* ANO – NE, jakou:

.....

Má dítě vadu sluchu: \* ANO – NE, jakou:

.....

Má dítě vadu řeči: \* ANO – NE, jakou:

.....

Je v logopedické péči: \* ANO – NE, od kdy:

.....

Je v péči odborného zařízení: \* není v žádném

.....

Je v péči zdravotního - školského poradenského, z důvodu:

.....  
.....

Jiná známá závažná zdravotní omezení: (epilepsie, alergie, fyzické omezení, častá nemocnost apod.)

.....  
.....

Má dítě v MŠ přiděleného asistenta pedagoga \* ANO – NE,

osobního asistenta: \* ANO – NE

Plánuji zažádat o vyšetření dítěte v pedagogicko-psychologické poradně? \* ANO – NE

Jaký je mateřský jazyk dítěte: \* ČEŠTINA – JINÝ, jaký

.....

Sourozenec ve škole (jméno, třída): \* NE - ANO:

.....

Máme zájem o školní družinu \* ANO – NE

Máme zájem o školní stravování \* ANO – NE

Jestliže je dítě cizím státním příslušníkem, má povolení k pobytu: \* TRVALÉ - PŘECHODNÉ

Další důležité poznámky a sdělení:

.....

.....

### **Další údaje:**

Tyto údaje nemusíte vyplňovat. Velmi nám však pomůže, pokud nám sdělíte, v jakém zázemí vaše dítě žije:

- v úplné rodině:
- s oběma zákonnými zástupci / jedním zákonným zástupcem, druhý nevlastní
- v neúplné rodině:
- jen s matkou – jen s otcem
- ve střídavé péči obou zákonných zástupců: \* ANO – NE

Mohu škole pomoci v rámci svých možností sponzorsky či jinak (účast na akcích školy, vedení kroužku, zajištění služeb či materiálu, dárkových předmětů apod.) \* ANO – NE

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby pro účely přijímacího řízení 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 a Evropského nařízení ke GDPR. 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. 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. a Evropského nařízení ke GDPR.

V Nižboru dne: .....

Podpis zákonných zástupců:.....