

Základní škola a Mateřská škola Kuchařovice, příspěvková organizace

Okružní 297, 669 02 Kuchařovice, tel: 601 549 155, zs@skolakucharovice.cz, IČ: 709 89 974, DIČ: CZ70989974, sz5ktpb

ZÁPISNÍ LIST pro školní rok _____ / _____

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození _____ Místo narození _____

Rodné číslo _____ Státní občanství _____

Trvalý pobyt _____

Kontaktní adresa* _____

Zdravotní stav, postižení, obtíže _____

Jméno dětského lékaře: _____ Zdravotní pojišťovna _____

Nástup po odkladu školní docházky ANO NE

Škola, která povolila odklad: _____

Důvod odkladu: _____

Dítě navštěvovalo mateřskou školu ANO NE

Adresa mateřské školy: _____

Bude navštěvovat ŠD ANO NE

Levák ANO NE

Zákonný zástupce 1:

_____ Telefon _____

Adresa* _____

E-mail _____

Zákonný zástupce 2:

_____ Telefon _____

Adresa* _____

E-mail _____

*pokud je odlišná

Základní škola a Mateřská škola Kuchařovice, příspěvková organizace

Okružní 297, 669 02 Kuchařovice, tel: 601 549 155, zs@skolakucharovice.cz, IČ: 709 89 974, DIČ: CZ70989974, sz5ktpb

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

dne

Podpis: