



# Základní škola a Mateřská škola Štramberk

Zauličí 485, 742 66 Štramberk, tel: 556 812 057

[skola@zsstramberk.cz](mailto:skola@zsstramberk.cz), [www.zsstramberk.cz](http://www.zsstramberk.cz)

## ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2024/2025

Registrační číslo: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_ Trvalý pobyt: \_\_\_\_\_

Údaje o předchozím vzdělávání žáka (ZŠ, MŠ): \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

### Zákonní zástupci dítěte:

#### Otec:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

#### Matka

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Školní docházka vloni odročena  ano  ne

Zájem o odročení  ano  ne

Správná výslovnost  ano  ne

Pravák – levák

Navštěvoval logopedickou poradnu  ano  ne

Doporučení k návštěvě logopedické poradny  ano  ne

Doporučení k vyšetření v PPP  ano  ne

Zájem o obědy ve školní jídelně  ano  ne

Zájem o školní družinu  ano  ne

Sourozenci, jméno, třída: \_\_\_\_\_

Zdravotní stav, obtíže: \_\_\_\_\_

Další důležité údaje: \_\_\_\_\_

Požadavky na ZŠ: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas **Základní škole a Mateřské škole Štramberk** ke shromažďování, zpracovávání a evidenci osobních údajů a osobních citlivých údajů o zdravotním stavu mého dítěte pro práci školy a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy. Souhlas poskytuji na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu nezbytnou pro jejich zpracování, vědecké účely a archivnictví. Souhlas poskytuji pouze škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům a musí tyto údaje zabezpečit před neoprávněným nebo nahodilým přístupem a zpracováním, před změnou a zničením, zneužitím či ztrátou.

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.

Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 110/2019 Sb. a Evropského nařízení ke GDPR.

Ve Štramberku dne \_\_\_\_\_

Podpis rodičů: \_\_\_\_\_