|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZÁKLADNÍ ŠKOLA, PRAHA 4 – KRČ, POLÁČKOVA 1067** | | | | | | | |
| **DOTAZNÍK PRO RODIČE ŽÁKA/ŽÁKYNĚ** | | | | | | | |
| 1. **ÚDAJE O DÍTĚTI** | | | | | | | |
| JMÉNO: | | | | PŘÍJMENÍ: | | | |
| DATUM NAROZENÍ: | | | | RODNÉ ČÍSLO: | | | |
| MÍSTO NAROZENÍ: | | | | OKRES: | | | |
| STÁTNÍ OBČANSTVÍ : | | | | ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: | | | |
| **Kvalifikátor státního občanství:**  1. občan ČR  2. cizinec s trvalým pobytem v ČR  3. cizinec s přechodným pobytem v ČR  4. azylant nebo žadatel o azyl  5. osoba bez státní příslušnosti | | | | U CIZINCŮ ČÍSLO CESTOVNÍHO DOKLADU: | | | |
| MÍSTO TRVALÉHO POBYTU (PSČ): | | | | | | | |
| MÍSTO PŘECHODNÉHO POBYTU (PSČ): | | | | | | | |
| 1. **INFORMACE O DÍTĚTI ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE** | | | | | | | |
| * 1. **ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE** | | | | | | | |
| DOBRÝ | DÍTĚ MÁ ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ, CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, NA KTERÉ JE POTŘEBA BRÁT PŘI VZDĚLÁVÁNÍ OHLED: | | | | | | |
| DÍTĚ TRPÍ: OČNÍ - SLUCHOVOU - POHYBOVOU VADOU- ALERGIE-EPILEPSIE-DIABETES-SRDEČNÍ VADA-DIETNÍ OMEZENÍ – JINÁ ZNEVÝHODNĚNÍ… | | | | | | | |
| VADA ŘEČI ANO - NE | | JE DÍTĚ V PÉČI LOGOPEDA? ANO - NE | | | | NAVŠTĚVUJE DÍTĚ PSYCHOLOGA? ANO - NE | |
| LATERALITA: | | | PRAVÁK | | LEVÁK | | UŽÍVÁ OBĚ RUCE STEJNĚ |
| ZVLÁŠTNÍ SCHOPNOSTI, DOVEDNOSTI (ČTENÍ, MATEMATICKÉ NADÁNÍ, SPORTOVNÍ, UMĚLECKÉ VLOHY…): | | | | | | | |
| PODLE SVÉHO UVÁŽENÍ UVEĎTE DALŠÍ ÚDAJE PRO SPOLUPRÁCI RODINY SE ŠKOLOU A ÚSPĚŠNOU PRÁCI DÍTĚTE VE ŠKOLE: | | | | | | | |
| **2.2. VE ŠKOLNÍM ROCE** | | | | | | | |
| DÍTĚ BUDE NAVŠTĚVOVAT ŠKOLNÍ DRUŽINU | | | | | ANO - NE | | |
| DÍTĚ SE BUDE STRAVOVAT VE ŠKOLNÍ JÍDELNĚ | | | | | ANO - NE | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH** | | |
| **JAKO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE BUDE V MATRICE ŠKOLY UVEDEN/A: OTEC - MATKA** | | |
| * 1. **OTEC** | | |
| JMÉNO: | PŘÍJMENÍ: | TITUL: |
| DATUM NAROZENÍ: | | |
| MÍSTO TRVALÉHO POBYTU (PSČ): | | |
| ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ (JE-LI JINÁ, NEŽ MÍSTO TRVALÉHO POBYTU): | | |
| TELEFONICKÉ SPOJENÍ: | | |
| E-MAIL: | | |
| * 1. **MATKA** | | |
| JMÉNO: | PŘÍJMENÍ: | TITUL: |
| DATUM NAROZENÍ: | | |
| MÍSTO TRVALÉHO POBYTU (PSČ): | | |
| ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ (JE-LI JINÁ, NEŽ MÍSTO TRVALÉHO POBYTU): | | |
| TELEFONICKÉ SPOJENÍ: | | |
| E-MAIL: | | |
| * 1. **KONTAKTNÍ ZLETILÁ OSOBA PRO PŘÍPAD MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESA, TELEFON):** | | |
|  | | |
| 1. **PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ:** | | |
| 1. Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole 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 a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. 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, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačním materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžných 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. a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR.  2. Podle §3a odst. 6 vyhlášky č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání jsem byl školou informován, jak může do doby zahájení školní docházky pomoci dítěti v jeho dalším rozvoji.  3. Z důvodu vyrovnaných počtů žáků ve třídách si vedení školy vyhrazuje právo na zařazení žáků do jednotlivých tříd. | | |
| **V Praze dne: Podpis zákonného zástupce:** | | |
| Výše uvedené osobní údaje jsou nutné k vedení dokumentace a školní matriky podle §28 zákona č. 561/2004Sb .o předškolním,základním,středním,vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů a při jejich zpracování postupuje škola podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. | | |
| 1. **DOTAZNÍK PŘEVZAL/A: DNE:**   Zapsané údaje souhlasí s rodným listem dítěte a dokladem totožnosti zákonného zástupce. | | |