

# Žádost o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání



## Žadatel (zákonný zástupce dítěte)

Jméno a příjmení, titul

Datum narození

Místo trvalého pobytu

Telefon

E-mail

## Adresát:

Základní škola Orangery s.r.o.  
Národních hrdinů 39,  
190 12, Praha 9  
Ing. Romana Falge Vondalová  
(zřizovatel školy)

## Žádám o přijetí svého dítěte

Jméno a příjmení

r.č.

Narozeného dne

v

Státní občanství

Trvalé bydliště

PSČ

Přechodné bydliště

Zdravotní pojišťovna

## k povinné školní docházce do Základní školy Orangery s. r. o. ve školním roce 2019/2020.

### OTEC

Jméno a příjmení, titul

Bydliště

Telefon

### MATKA

Jméno a příjmení, titul

Bydliště

Telefon

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. 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 propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy 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. Byl(a) jsem poučen(a) o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. (viz webové stránky školy). Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů v době vyučování za přítomnosti vyučujícího 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.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_