

 **Základní škola a Mateřská škola Stružnice, okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

 Č.p. 69, 470 02 Stružnice

 IČ: 70982678, tel. 733 512 159, zsms@skolastruznice.cz, ID: nzrkzwc

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí: |  |

**ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Datum narození |  |
| Rodné číslo |  |
| Místo narození |  |
| Státní občanství |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |
| Trvalý pobyt |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nešestiletý | nenavštěvoval MŠ | školsky nezralý | žádost o odklad šk.docházky |

|  |  |
| --- | --- |
| Údaje o předchozím vzdělávání žáka (MŠ, ZŠ – ročník) |  |
| Výslovnost |  |
| Bude navštěvovat ŠD |  |
| Zdravotní stav, postižení, obtíže |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení MATKY |  |
| Bydliště (pokud je odlišné) |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| ID Datové schránky |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení OTCE |  |
| Bydliště (pokud je odlišné) |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| ID Datové schránky |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zákonný zástupce dítěte, pokud jím není otec nebo matka |  |
| Kontaktní osoba (pro případ mimořádné události |  |

|  |
| --- |
| Další údaje o dítěti, které považujete za důležité (zdravotní stav, zvláštní schopnosti, atd. |
|  |

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. 110/2019 Sb., o zpracování 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. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Evropského nařízení ke GDPR.

V …………………dne……… ………………………………………

 Podpis zákonného zástupce