

Základní škola a Mateřská škola Dr. Joklíka, Sídlíště U Vodojemu 1261, 697 01 Kyjov

Údaje jsou důvěrné podle ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění.

1. Příjmení a jméno dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Trvalé bydliště dítěte: _____

Státní občanství: _____ Zdravotní pojišťovna/lékař: _____

2. Matka dítěte (příjmení a jméno): _____ tel: _____

Trvalé bydliště: _____ e-mail: _____

3. Otec dítěte (příjmení a jméno): _____ tel: _____

Trvalé bydliště: _____ e-mail: _____

4. Zákonný zástupce dítěte (pokud jím není otec nebo matka): _____ tel: _____

Doklad o svěření do péče: _____

5. Adresa pro doručování – pokud se adresa skutečného bydliště liší od trvalého

6. Rodinné prostředí (zakroužkujte):

rodina je úplná _____ v rodině je nevlastní otec _____ matka _____ dítě je adoptované _____

rodiče jsou rozvedeni, dítě žije: s matkou _____ s otcem _____

rozhodnutí soudu o zákazu styku s dítětem _____

7. Zdravotní stav: dobrý – chronické onemocnění – vada zraku – sluchu – řeči – alergie – epilepsie – diabetes

– srdeční vada – dietní omezení – celiaklie – jiné _____

8. Další údaje o dítěti, které považujete za důležité _____

9. Dítě bylo vyšetřeno ve školském poradenském zařízení (PPP, SPC) _____ ano _____ ne _____

místo a datum posledního vyšetření _____

má doporučení pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami _____ ano _____ ne _____

10. Souhlas s poskytnutím osobních údajů

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. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohli v rámci povinné školní docházky pracovat výchovný poradce, preventista sociálně patologických jevů, psycholog, školní speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických, 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, přijímacího řízení na střední školy, úrazového pojištění žáků, provedení speciálně pedagogických a 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 jsem poučen o právech podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Datum: _____ Podpisy rodičů (zákonného zástupce): _____