**zápisní list žáka**

**Pouze pro účely Adventure School**

Jméno a podpis zapisujícího:…………………………………...

Variabilní symbol žáka:……………………………….

ZÁPIS:

 řádný termín  nešestiletý k 31.8.2022  nenavštěvoval MŠ

 žádost o odklad šk. docházky

**k povinné školní docházce**

pro školní rok 2022/2023

Já, zákonný zástupce žáka nebo

fyzická osoba, která osobně pečuje

o žáka v pěstounské péči *(údaje*

*prosím vyplňte čitelně hůlkovým):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  | | |
| Datum narození: |  | Místo narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  | Státní příslušnost -  občanství: |  |
| PSČ: |  | Rodné číslo/číslo pasu: |  |
| Zdravotní pojišťovna, kód: |  | Národnost: |  |
| Mateřský jazyk: |  | U cizinců druh pobytu: |  |
| Název a adresa školy (MŠ, ZŠ), ze které žák přichází: |  | | |
| Spádová škola podle trvalého bydliště: |  | | |
| Počet let školní docházky včetně opakování ročníku: |  | | |
| Rodiče žáka žádali o odklad školní docházky (kopii rozhodnutí přiložte jako přílohu)\*): ANO NE  Pro školní rok:  Adresa školy kde, bylo žádáno:  Adresa zařízení, které doporučilo odklad: | | | | |

**ŽÁK**

\*)správnou odpověď dejte do kroužku

**RODIČE – ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI**

**MATKA** (nebo jiná osoba pověřená výkonem rodičovských práv)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | | |
| Datum narození: |  | Mobilní telefon: |  |
| Datová schránka |  | Mateřský jazyk: |  |
| Kontaktní adresa: |  | PSČ: |  |
| E-mail (čitelně) |  | Telefonní číslo |  |

**OTEC** (nebo jiná osoba pověřená výkonem rodičovských práv)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | | |
| Datum narození: |  | Mobilní telefon: |  |
| Datová schránka |  | Mateřský jazyk: |  |
| Kontaktní adresa: |  | PSČ: |  |
| E-mail (čitelně) |  | Telefonní číslo |  |

***U rozvedených rodičů***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Číslo rozsudku: |  | Ze dne: |  |
| Dítě svěřeno do výlučné péče: |  | Umožnění styku druhého rodiče s žákem v době: |  |

**PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽÁKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Žák je zdravý a může být přijat do základní školy: |  |
| Žák vyžaduje speciální péči v oblasti: | |
| Zdravotní: | Smyslové: |
| Tělesné: | Jiné (prosím, vypište): |
| Individuální dispozice dítěte/žáka: (např. péče logopeda, zdravotní postižení, levák/pravák,  grafomotorické obtíže, nadání, vyhraněný zájem….) | |
| Dieta: | |
| Alergie: | |
|  | |
| Další důležité informace pro školu: | |
|  | |
| Možnost účasti na akcích školy – plavání, sauna, škola v přírodě či cvičení v tělocvičně: | |

V případě zranění žáka v době zajišťování výuky (a škola se není schopna se mnou či kontaktní osobou v případě nouze zkontaktovat), dávám tímto souhlas s jeho odborným ošetřením na dětské pohotovosti za doprovodu ředitelky Adventure School či jí pověřeného člena týmu Adventure School. Souhlasím s tím, aby v případě výskytu vší ve třídě lékař/ka či člen týmu Adventure School prohlédl vlasy mého syna /mé dcery. V případě odhalení vší souhlasím s tím, že si na základě telefonického oznámení pro žáka přijedu a až do úplného odstranění vší ho nepošlu do školy.

**KONTAKTNÍ OSOBY V PŘÍPADĚ NOUZE** (pokud se nemůžeme dovolat zákonným zástupcům)

1. kontaktní osoba 2. kontaktní osoba

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | Jméno a příjmení: |  |
| Adresa: |  | Adresa: |  |
| Telefonní číslo: |  | Telefonní číslo: |  |

**OSOBY OPRÁVNĚNÉ K VYZVEDÁVÁNÍ ŽÁKA**

Souhlasím s tím, že žáka bude vyzvedávat: \*)

**□ Matka □ Otec □ Žák může odejít domů sám □ Jiná osoba: (nutno uvést konkrétní údaje):**

\*) hodící se zakřížkuje

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení | Vztah k žáku | OP | Telefonní číslo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RŮZNÉ**

**Údaje byly ověřeny podle OP a rodného listu** (vyplní škola) \*) ANO NE

\*)správnou odpověď dejte do kroužku

Kopie dokladů a dalších podkladů nutných k přijetí žáka:

* k nahlédnutí rodný list či pas dítěte/žáka
* kopie karty zdravotní pojišťovny (oboustranná kopie)
* k nahlédnutí průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě (v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči), občané jiných států předloží pas a doklad o pobytu na území ČR

Jak jste se doslechli o Adventure School:……………………………………………………………

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte/žáka podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. 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 a souvisejících prováděcích vyhlášek MŠMT ČR, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, pořádání mimoškolních akcí školy, přijímacích řízení na střední školy, úrazového pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření, zveřejňování fotografií a videí mého dítěte bez identifikace jeho totožnosti v propagačních a didaktických 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. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Dále prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Případné změny, zejména změny týkající se zdravotního stavu mého dítěte, bezodkladně doplním.

Podpisem stvrzuji správnost údajů a prohlašuji, že vyplnění Evidenčního listu žáka bylo projednáno oběma rodiči / zákonnými zástupci, kteří vyslovují svůj souhlas se školní docházkou do Adventure School a jsou níže podepsáni.

V Hlubočince, dne ………………………………………

…………………………………….. ……………………………………….

Podpis zákonného zástupce – Matka Podpis zákonného zástupce - Otec