



**ZÁKLADNÍ ŠKOLA, Praha 9 – Horní Počernice**  
Stoliňská 823, 193 00  
tel.: 2 81 92 11 27, fax: 2 81 92 11 48  
e-mail: [zs.stolinska@volny.cz](mailto:zs.stolinska@volny.cz)  
mobil: 7777 05 421, 739 301 527  
ČÚ: 193 951 850 207/0100  
ID: hc6jttv IČO: 63830809

## **Žádost zákonného zástupce o přijetí dítěte do přípravné třídy**

**Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:**

zs/sto/\_\_\_\_\_/17(vyplňuje škola)

**Číslo jednací:** \_\_\_\_/2017

### **ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2017/2018**

#### **Název a sídlo právnické osoby vykonávající činnost školy:**

Základní škola, Praha 9 – Horní Počernice, Stoliňská 823, 193 00

#### **Identifikace účastníka řízení – dítě žádající o přijetí do přípravné třídy:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Datum narození \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Místo narození/okres: \_\_\_\_\_

Státní občanství \_\_\_\_\_ Trvalý pobyt (dle OP): \_\_\_\_\_

Druh pobytu – platí pro cizince: Trvalý - dlouhodobý – krátkodobý – postavení azylanta

Přechodný pobyt: \_\_\_\_\_

Údaje o předchozím vzdělávání žáka – adresa MŠ: \_\_\_\_\_

Odklad byl udělen (kým, kdy): \_\_\_\_\_

Vzdělávání v přípravné třídě bylo doporučeno (kým, kdy, kdo): \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_ Bude navštěvovat ŠD: ANO NE

Stravování dítěte bude ve školní jídelně: ANO NE

Zdravotní stav: \_\_\_\_\_

Jedná se o dítě vyžadující zvláštní péči? ANO NE

Bylo dítě někým diagnostikováno? ANO NE

Dítě diagnostikovalo (upřesněte) \_\_\_\_\_

Úprava rodinných poměrů (jiná než rodičovská péče, rozhodnutí soudu aj.): ANO NE

Upřesněte: \_\_\_\_\_

Sourozenci: jméno, škola, třída: \_\_\_\_\_

**Identifikace zákonného zástupce:****OTEC**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Bydliště dle OP: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Druh pobytu – platí pro cizince: Trvalý - dlouhodobý – krátkodobý – postavení azylanta

Telefon do bytu \_\_\_\_\_ do zam. \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**MATKA**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Bydliště dle OP: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Druh pobytu – platí pro cizince: Trvalý - dlouhodobý – krátkodobý – postavení azylanta

Telefon do bytu \_\_\_\_\_ do zam. \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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. 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 propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy, a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na období docházky do přípravné třídy 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.

**Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s docházkou do přípravné třídy bude vyřizovat zákonný zástupce:**

**Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_

V Praze dne \_\_\_\_\_ 2017

Zapsal/a: