

**Základní škola a Mateřská škola Pod Ralskem 572,
Mimoň, příspěvková organizace**

**ŽÁDOST O PŘESTUP ŽÁKA DO ZÁKLADNÍ ŠKOLY A
MATEŘSKÉ ŠKOLY POD RALSKEM 572, MIMOŇ,
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

Jméno a příjmení dítěte:	Datum a místo narození:	Rodné číslo:
Trvalý pobyt (PSC, obec, ulice, č. p.):		Státní občanství:
		Zdravotní pojišťovna:
Ročník, do kterého se žák hlásí:	Zahájení školní docházky od:	
Důvody přestupu: <i>stěhování, výchovně vzdělávací důvody*, jiné – uveďte:</i>		

Jméno a příjmení zákonného zástupce:	Telefon:	Trvalý pobyt:
Korespondenční adresa (pokud je odlišná od trvalého pobytu):		E-mail:

Jméno a příjmení druhého rodiče:	Telefon:	Trvalý pobyt:
Korespondenční adresa (pokud je odlišná od trvalého pobytu):		E-mail:

Základní škola, ze které žák odchází (název, adresa, PSC):
Kontaktní údaje na další osobu (vztah):
Místo pro jiná (např. zdravotní stav, alergie) sdělení zákonného zástupce škole:

*) *nehodící škrtněte*

V.....

Datum.....

Podpis zákonného zástupce:.....

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

1. Potvrzuji správnost údajů uvedených v žádosti o přestup žáka a dávám svůj souhlas ZŠ a MŠ Pod Ralskem 572, Mimoň, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění.
2. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon 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 (jméno a příjmení) a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
4. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

Jméno a příjmení dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce:	

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

Základní škola a Mateřská škola Pod Ralskem 572		
Došlo dne:		
Číslo jednací		
Počet listů/příloh	Skartační znak/lhůta:	Spisový znak