



Dolní Roveň 200  
PSČ 533 71  
Česká republika

Škola: Masarykova základní škola Dolní Roveň, okres Pardubice  
Ředitelka školy: Mgr. Jarmila Michálková

## **Žádost o přijetí dítěte do 1. ročníku ve školním roce 2023/2024**

### **Věc: Žádost o přijetí dítěte**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

### **Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Korespondenční adresa: .....

Telefon: .....

Podle ustanovení § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,

**žádám o přijetí dítěte .....**

**k základnímu vzdělávání v Masarykově základní škole Dolní Roveň, okres Pardubice**

**ve školním roce 2023/2024.**

*Další informace:* (údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka školy, o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání; tyto další informace nemají vliv na rozhodnutí ředitele o přijetí/nepřijetí, s výjimkou nespádového žáka, pokud by bylo zřejmé, že jeho přijetím by byl porušen limit počtu žáků s priznanými podpůrnými opatřeními dle § 17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb.).

.....  
.....  
.....



Dolní Roveň 200  
PSČ 533 71  
Česká republika

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 poskytnu 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 či obrazového záznamu mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytnu na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Dále souhlasím s použitím kamerového systému ve škole a následnou 72 hodinovou archivací záznamu před výmazem. Záznamy slouží pouze škole ke zvýšení bezpečnosti žáků a nebudou poskytovány dalším osobám. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

**Podpis zákonného zástupce:** .....

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání (přestupu do jiné základní školy, s odkladem školní docházky aj.) bude vyřizovat zákonný zástupce:

Jméno a příjmení: .....

**Zákonný zástupce má datovou schránku:** ANO x NE

ID datové schránky (v případě uvedení ANO): .....

V ..... dne .....

**Podpis zákonného zástupce:** .....

---

Datum doručení: .....

Registrační číslo: .....

Počet listů: .....

Počet příloh: .....

(např. doporučení školského poradenského zařízení, odborného lékaře nebo klinického psychologa, příp. další s ohledem na individuální případ – soudní rozhodnutí apod.)