

ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2025/2026

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____ (údaje, které se uvádí na vysvědčení)

Adresa bydliště: _____

Otec _____ Bydliště (je-li odlišné) _____

Telefon do bytu _____ do zam. _____ mobil _____

E-mail _____ Zaměstnání _____ otce: _____

Matka _____ Bydliště (je-li odlišné) _____

Telefon do bytu _____ do zam. _____ mobil _____

E-mail _____ Zaměstnání _____ matky: _____

Jiná kontaktní osoba (jméno a příjmení): _____

Telefon do bytu _____ do zam. _____ mobil _____

E-mail _____ zaměstnání: _____

U rozvedených rodičů – č.rozsudku: _____ ze dne: _____

Dítě svěřeno do péče: _____ Umožnění styku druhého rodiče
s dítětem v době: _____ Komu lze poskytovat informace o vzdělávání:

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: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ státní občanství: _____ mateřský jazyk: _____

Lékař, v jehož péči je dítě: _____ kontaktní telefon: _____

Adresa ordinace: _____

Bude navštěvovat ŠD: ranní – ano/ne, odpolední – ano/ne

(správnou alternativu prosím zakroužkujte)

Bude se stravovat ve ŠJ: ano/ne

(správnou alternativu prosím zakroužkujte)

Navštěvuje dítě logopedii (nápravu řeči): ano/ne – jméno a adresa logopeda:

(správnou alternativu prosím zakroužkujte) _____

Navštěvovalo dítě mateřskou školu: ano/ne – adresa MŠ
(správnou alternativu prosím zakroužkujte) _____

Nastupuje dítě do školy v řádném termínu? ano/ne
(správnou alternativu prosím zakroužkujte)

Pokud uvažujete o odkladu povinné školní docházky, uveďte důvody proč (doporučení MŠ, lékaře, speciálního pedagoga apod.), specifikujte obtíže dítěte:

Dítě je pravák/levák/užívá obě ruce stejně: _____

Podle svého uvážení uveďte prosím další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole, například:

Zdravotní postižení, chronická onemocnění (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.):

Zvláštní schopnosti, které dítě projevilo před vstupem do školy (čtení, umělecké sklony, matematické vlohly), které je možné při vzdělávání zohlednit:

Další údaje o dítěti pro třídního učitele, které považujete za důležité sdělit:

Před zápisem mého dítěte do 1.ročníku mi byly poskytnuty následující informace: vyučovací jazyk – český jazyk, 1.povinný cizí jazyk angličtina je vyučována od 1.ročníku, obsah ŠVP Duhová škola – tvořivá škola, pravidla vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, pravidla vzdělávání žáků zdravotně nebo sociálně znevýhodněných, pravidla vzdělávání žáků mimořádně nadaných systém podpůrných opatření a možnost vzdělávat se podle IVP, možnosti přeřazení žáka do vyššího ročníku a další organizační záležitosti.

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas **Základní škole Paseka, okr. Olomouc, p.o.** k tomu, aby pro účely přijímacího řízení 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, a Evropského nařízení ke GDPR.

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 propagačním 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., a Evropského nařízení ke GDPR.

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.

V _____ dne _____ 2025

Podpisy OBOU zákonných zástupců