



# OSOBNÍ LIST ŽÁKA

zapsán ke dni

číslo ve třídním  
výkazu

třída

<b>ŽÁK</b>	jméno a příjmení			datum, místo a okres narození	
	rodné číslo	zdravotní pojišťovna + kód	národnost	státní příslušnost	
adresa trvalého bydliště				PSC	
adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)				PSC	
telefon domů	fax domů	mobilní telefon žáka	e-mail žáka		
alternativní kontakty na prarodiče, sousedy ... (telefon, fax, e-mail)					
název a adresa školy (MŠ, ZŠ), ze které žák přichází					
důvod přestupu do ZŠ Bohutín **				Počet let školní ** docházky včetně opakování ročníku	
Pro školní rok:	Rodiče žáka žádali o odklad školní docházky *		Adresa zařízení, které doporučilo odklad:		
Adresa školy kde, bylo žádáno:					

## RODIČE – PRÁVNÍ ZÁSTUPCI

<b>OTEC</b>	jméno a příjmení (včetně případného titulu)				
	adresa trvalého bydliště				PSC
adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)				PSC	
telefon domů	telefon do zaměstnání	mobilní telefon	e-mail		
adresa zaměstnání; povolání, profese					
<b>MATKA</b>	jméno a příjmení (včetně případného titulu)				
	trvalá adresa bydliště				PSC
adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)				PSC	
telefon domů	telefon do zaměstnání	mobilní telefon	e-mail		
adresa zaměstnání; povolání - profese					

**Sourozenci:**

## PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlášení rodičů o zdravotním stavu žáka (zdravotní stav, omezení (při tělesné výchově, výletech, školách v přírodě apod.), alergie, poruchy, diety ...):

Dítě je pravák – levák - nevyhraněný

Zakroužkujte prodělané nemoci: zarděnky, plané neštovice, průšnice, spalničky, spála, žloutenka typu ....., a další dětská nebo chronická onemocnění:

Dětský lékař (telefon):

Zvláštní nadání a dovednosti:

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 propagačním materiálu 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.

Dále prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Případné změny, zejména změny týkající se zdravotního stavu mého dítěte, bezodkladně doplním.

Změny:			
datum	podpisy rodičů	podpis žáka **	zapsal-a

**Legenda:** \* - vyplňují pouze rodiče budoucích prvňáčků; \*\* - vyplňují pouze zájemci o přijetí do 2. až 9. ročníku

### Přílohy:

- kopie rozhodnutí o odkladu školní docházky pro školní rok ..... / .....

- fotokopie dokladu o trvalém bydlišti žáka, průkazu pojištěnce, rodného listu, u cizinců kopie pasu a povolení k pobytu

-.....