



ŽÁDOST O PŘESTUP DO ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Žádáme o přijetí syna /dcery: _____
/Jméno a příjmení dítěte/

Datum narození : _____ Rodné číslo: _____

Místo narození : _____ Okres _____

Státní občanství : _____ Zdrav.pojišť'ovna _____

Místo trvalého pobytu dítěte: _____
_____ PSČ _____

do ročníku: ode dne:

Název a adresa předcházející základní školy:
.....

Důvod přestupu:

Poslední klasifikace dítěte v ročníku:..... Pololetí:.....

Chování: Anglický jazyk:.....

Český jazyk: Německý jazyk:

Matematika: Dějepis:.....

Prvouka: Zeměpis:.....

Přírodověda: Fyzika:

Vlastivěda: Přírodopis:.....

Chemie:.....

Doplňte pouze klasifikaci v předmětech dle daného nejvýše dosaženého ročníku /příp.pololetí roč./.

Poznámka:

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas Základní škole a Mateřské škole, L. Kuby 48, České Budějovice 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 za účelem jejich předávání třetí osobě. Tento 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. Souhlasím se zveřejňováním údajů a fotografií mého dítěte v propagačních a jiných materiálech školy souvisejících s jejím provozem, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely, které souvisejí s běžným chodem školy. Přenechávám pro potřeby školy veškerá vytvořená literární, hudební a výtvarná díla vytvořená mým dítětem v průběhu školní docházky, pokud si je výslovně nevyžádám. Přihlášením svého dítěte do ZŠ a MŠ L.Kuby 48, Č.B. budu respektovat, že zařazení žáků do tříd, stanovení TU, výběr učebny a zařazení dítěte do výchovných skupin ve ŠD je plně v kompetenci ředitele školy.

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.

Výše uvedené souhlasy 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. (Zákon o ochraně osobních údajů).

Zákonný zástupce 1:

Jméno a příjmení _____

Místo trvalého pobytu _____

_____ PSČ _____

Telefon _____ E-mail _____

Zákonný zástupce 2:

Jméno a příjmení _____

Místo trvalého pobytu _____

_____ PSČ _____

Telefon _____ E-mail _____

Zákonní zástupci se dohodli, že při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, je základní škola oprávněna jednat s vybraným zákonným zástupcem, za kterého uvedení zákonní zástupci shodně určují:

Zákonný zástupce dítěte 1 / Zákonný zástupce dítěte 2 ¹⁾

1) nehodící se škrtněte

POTVRZENÍ SPRÁVNOSTI ZAPSANÝCH ÚDAJŮ:

Svým podpisem potvrzujeme správnost výše uvedených údajů a bereme na vědomí, že o veškerých jejich změnách budeme včas školu informovat.

V _____ dne : _____

Podpisy zákonných zástupců _____