



**Základní škola a mateřská škola při nemocnici, Kadaň**

Chomutovská 1289, 432 01 Kadaň

Tel: 474 335 409, 474 333 304

Datová schránka: y2r2yc8

IČO 46 79 00 39

email: kancelar@zvs bedan.cz

## ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2024/2025

**Jméno a příjmení dítěte** \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Místo narození \_\_\_\_\_

Státní občanství \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt \_\_\_\_\_

Údaje o předchozím vzdělávání žáka (ZŠ, MŠ)

\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

Bude navštěvovat ŠD \_\_\_\_\_

Zdravotní stav, postižení, obtíže

\_\_\_\_\_

Sourozenci: jméno, třída

\_\_\_\_\_

**OTEC** \_\_\_\_\_

Bydliště (pokud je odlišné) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**MATKA** \_\_\_\_\_

Bydliště (pokud je odlišné) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



## **Základní škola a mateřská škola při nemocnici, Kadaň**

Chomutovská 1289, 432 01 Kadaň

Tel: 474 335 409, 474 333 304

Datová schránka: y2r2yc8

IČO 46 79 00 39

email: kancelar@zvskadan.cz

E-mail \_\_\_\_\_

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole 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, 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.

Kadaň, dne:

Zapsal/a: