



ZÁPISNÍ LIST pro školní rok:

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: