

# OSOBNÍ LIST ŽÁKA

zapsán ke dni

Identifikační číslo

třída / číslo ve třídním výkazu

**ŽÁK**

jméno a příjmení

datum, místo a okres narození

rodné číslo

zdravotní pojišťovna + kód

národnost

státní příslušnost

adresa trvalého bydliště

PSČ

adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)

PSČ

telefon domů

fax domů

mobilní telefon žáka

e-mail žáka

alternativní kontakty na prarodiče, sousedy ... (telefon, fax, e-mail)

Název a adresa mateřské školy/základní školy, kterou navštěvuje

Důvod přestupu na ZŠ a MŠ Brno, Křídlovická 30b \*\*

Počet let školní \*\*  
docházky včetně  
opakování ročníku

Pro školní rok:

Rodiče žáka žádali o odklad školní docházky \*

Adresa školy, kde bylo o odklad žádáno:

Adresa zařízení, které doporučilo odklad:

## RODIČE – PRÁVNÍ ZÁSTUPCI

**OTEC**

jméno a příjmení (včetně případného titulu)

adresa trvalého bydliště

PSČ

adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)

PSČ

telefon domů

telefon do zaměstnání

mobilní telefon

e-mail

adresa zaměstnání; povolání, profese

**MATKA**

jméno a příjmení (včetně případného titulu)

trvalá adresa bydliště

PSČ

adresa bydliště (pro doručování písemností, pokud se liší od trvalého bydliště)

PSČ

telefon domů

telefon do zaměstnání

mobilní telefon

e-mail

adresa zaměstnání; povolání - profese

## SOUROZENCI

jméno	příjmení	datum narození	adresa školy (ZŠ / MŠ)	třída
1.				
2.				
3.				

## PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

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

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

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 propagačních 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. 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.

datum	podpisy rodičů	podpis žáka **	zapsal-a

### 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
- ...

### Poznámky:

\* pouze při zápisu do 1. třídy

\*\* nevyplňuje se u zápisu do 1. třídy