

ZÁPISNÍ LIST PRO ŠKOLNÍ ROK 2024/2025

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Adresa přechodného pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ ZP: _____

Místo narození: _____ Státní občanství: _____

Mateřská škola: _____ Zájem o ŠD: _____

Dětský lékař: _____ Telefon: _____

Sourozenci ve škole (jméno, třída): _____

Zdravotní stav (alergie, léky, jiná onemocnění):

Matka dítěte (jméno a příjmení): _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Doručovací adresa: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Otec dítěte (jméno a příjmení): _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Doručovací adresa: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Beru na vědomí, že výše uvedené údaje o mém dítěti a mé osobě jako zákonném zástupci jsou školou zpracovávány v souladu s plněním právní povinnosti (§ 28, zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění, dále jen Školský zákon). Současně беру на vědomí, že informace o zdravotní pojišťovně dítěte je školou požadována na základě oprávněného zájmu (např. pro účely ošetření úrazu a zpracování dokumentace o něm (viz vyhl. 64/2005 Sb. v platném znění), pro případ ošetření lékařem v jiných případech než při ohrožení života nebo zdraví apod.

Svým podpisem potvrzuji, že údaje na tomto zápisním lístku jsou pravdivé.

_____ Datum

_____ Podpis zákonného zástupce