



**Základní škola Palachova Brandýs n. L.**  
Palachova 337, 250 01 Brandýs nad Labem-Stará Boleslav  
telefon: 326 902 336, e-mail: [info@fzs-palachova.cz](mailto:info@fzs-palachova.cz), ID s8zv9yj  
fakultní základní škola Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

## Dotazník

### ŽÁKYNĚ/ŽÁK :

jméno, příjmení \_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_

rodné číslo \_\_\_\_\_ místo narození \_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

adresa pro doručování (je-li odlišná) \_\_\_\_\_

státní občanství \_\_\_\_\_ zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

zdravotní stav, výslovnost, alergie, postižení, obtíže \_\_\_\_\_

jméno a adresa dětského lékaře \_\_\_\_\_

v péči (PPP, SPC, odborného lékaře) \_\_\_\_\_

### 2. cizí jazyk (povinný od 7. ročníku) – vybraný zakroužkujte

☐ Německý jazyk

☐ Francouzský jazyk

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE 1:

jméno, příjmení \_\_\_\_\_ vztah k dítěti \_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

adresa pro doručování (je-li odlišná) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ datová schránka ID \_\_\_\_\_

telefonní kontakt \_\_\_\_\_

☐ je zákonným zástupcem ☐ je nejbližší kontaktní osoba ☐ smí dostávat informace o žákovi

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE 2:

jméno, příjmení \_\_\_\_\_ vztah k dítěti \_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

adresa pro doručování (je-li odlišná) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ datová schránka ID \_\_\_\_\_

telefonní kontakt \_\_\_\_\_

☐ je zákonným zástupcem ☐ je nejbližší kontaktní osoba ☐ smí dostávat informace o žákovi

doplňující informace \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

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. 110/2019 Sb., o zpracování 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 z 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. 110/2019 Sb. v platném znění.

V Brandýse nad Labem-Staré Boleslavi dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_ za školu ověřil/a: \_\_\_\_\_