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, 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 mohli v rámci prevence sociálně patologických jevů pracovat pracovníci školního poradenského pracoviště 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: _____