

## ŽÁDOST O ODKLAD přijetí k základnímu vzdělávání

Jméno dítěte \_\_\_\_\_ rodné číslo \_\_\_\_\_

místo narození \_\_\_\_\_ místo pobytu \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení (matka) \_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení (otec) \_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

doručovací adresa \_\_\_\_\_

Jiný zákonný zástupce \_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

doklad o svěřeni do péče \_\_\_\_\_

Podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) **žádám o odklad povinné školní docházky k 1.9. 2018 na Základní škole Zachar, Kroměříž.**

**Já (jméno a příjmení) \_\_\_\_\_ zákonný zástupce, žádám o odklad povinné školní docházky v souladu se zájmem druhého zákonného zástupce a zájmem dítěte.**

*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.*

*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, 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.*

V Kroměříži dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

Přílohy:

- doporučující posouzení příslušného škol. poradenského zařízení (PPP, SPC)
- doporučující posouzení odborného lékaře nebo klinického psychologa

.....údaje školy.....

Datum doručení _____ číslo jednací _____
počet listů _____ počet příloh _____