

ŽÁDOST O ODKLAD přijetí k základnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte _____ dat. narození _____

RČ _____ / _____ místo narození _____

trvalé bydliště _____ PSČ _____

adresa pro doručování _____ PSČ _____

Jméno a příjmení (matka) _____ datum narození _____

tel.: _____ Identifikátor datové schránky _____

místo trvalého bydliště _____

adresa pro doručování _____

Jméno a příjmení (otec) _____ datum narození _____

tel.: _____ Identifikátor datové schránky _____

místo trvalého bydliště _____

adresa pro doručování _____

Jiný zákonný zástupce _____ datum narození _____

tel.: _____ Identifikátor datové schránky _____

místo trvalého bydliště _____

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. 2019 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 _____