



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA SVĚTNOV,
příspěvková organizace

Světnov 46, 59102
tel.: 774 659 481

IČ: 71009850
e-mail: skola@svetnov.cz

Žádost zákonných zástupců o přijetí k povinnému vzdělávání

od školního roku 2024/2025 do základní školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Světnov, p. o.,
okres Žďár nad Sázavou, Světnov 46

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Adresa pro doručování: _____

Email, telefon: _____

Podle ustanovení § 36, odstavce 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném
a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,

žádám o přijetí k základnímu vzdělávání na Základní škole a Mateřské škole Světnov, p. o., okres Žďár nad Sázavou,
Světnov 46, 591 02 Žďár nad Sázavou

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození, rodné číslo: _____

Adresa pro doručování: _____

Další informace: _____

(Údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka školy: o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní
způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání. Tyto další informace nemají vliv na rozhodnutí ředitele o
přijetí/nepřijetí, s výjimkou nespádového žáka, pokud by bylo zřejmé, že jeho přijetím by byl porušen limit počtu žáků s priznanými podpůrnými opatřeními dle §
17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb.).

Byl jsem poučen o možnosti odkladu školní docházky.

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání (přestup do jiné základní školy,
odklad školní docházky aj.) bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno a příjmení):

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 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 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. 101/2000 Sb.

V _____ dne _____

_____ podpis zákonného zástupce