Č. j. : ..............................................................

**ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2024/2025**

***Údaje vyplňujte čitelně, hůlkovým písmem.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |  | | | | |
| **Registrační číslo dítěte:** |  | | | | |
| Datum narození: |  | | r.č. /číslo pasu |  | |
| Místo narození: |  | | Zdravotní pojišťovna |  | |
| Adresa místa trvalého pobytu: | Ulice: |  | | Č. p.: |  |
| PSČ,  město: |  | | | |
| Kontaktní adresa: | (liší-li se od trvalého pobytu) | | | | |
| Státní občanství \*nehodící se škrtněnte: | občan ČR\* - cizinec s trvalým pobytem v ČR\* - cizinec bez trvalého pobytu v ČR\* - azylant nebo žadatel o azyl\* - osoba s doplňkovou nebo dočasnou ochranou v ČR\* – občanství neznámé, neudané\* | | | | |
| Zákonný zástupce žádá o odklad: | ANO / NE \*nehodící se škrtněnte | | | | |
| Do 1. ročníku nastupuje: | V řádném termínu včetně pětiletých / po odkladu povinné školní docházky | | | | |
| MŠ/přípravná/ý třída/ročník ZŠ speciální, kterou dítě navštěvuje: |  | | | | |
| Spádová základní škola: |  | | | | |
| Odborníci/lékaři, v jejichž je dítě péči:  (ŠPZ, psycholog, psychiatr, ….) |  | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zákonný zástupce dítěte** (zaškrtněte, který bude uveden na 1. místě ve školní matrice): MATKA/OTEC/jiný

**MATKA / (jiný vztah k dítěti)**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |
| adresa místa trvalého pobytu: | (liší-li se od trvalého pobytu dítěte) |

**OTEC / (jiný vztah k dítěti)**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |
| adresa místa trvalého pobytu: | (liší-li se od trvalého pobytu dítěte) |

**Ostatní informace, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání**

|  |  |
| --- | --- |
| Zdravotní postižení, chronické onemocnění dítěte -zrak – sluch – řeč – alergie -epilepsie – diabetes – srdeční vady – dietní omezení -……. |  |
| Dítě je pravák – levák – používá obě ruce stejně |  |
| Způsoby komunikace s dítětem |  |
| Sebeobslužné dovednosti – jídlo – pití – hygiene - toaleta |  |
| Další údaje o dítěti, které považujete za důležité, zvláštní schopnosti, dovednosti, zájmy, záliby |  |

\*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Soulad s volbou školy mezi zákonnými zástupci**

Ke dni zápisu není rozpor mezi zákonnými zástupci o volbě školy pro jejich dítě.

Zúčastněný zákonný zástupce byl požádán vedením školy, aby informoval druhého nepřítomného zákonného zástupce o tom, že dítě absolvovalo zápis v Základní škole speciální a Praktické škole Litvínov, Šafaříkova 991, okres Most.

**Poskytnutí informací zákonným zástupcům**

1. o **výuce anglického jazyka od 3. ročníku**, který je součástí ŠVP Učíme se pro život v rozsahu 3 hodin týdně,
2. o **výuce předmětu speciálně pedagogické péče**, která je součástí ŠVP učíme se pro život v rozsahu 1 hodiny týdně,
3. o možnosti udělení odkladu školní docházky (v případě udělení odkladu školní docházky možnost vzdělávání, které vyrovná vývoj dítěte),
4. o individuální pomoci a komunikaci se zákonnými zástupci u dětí s SVP, u dětí z jazykově odlišného prostředí, u dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí.

**Potvrzení správnosti zapsaných údajů, souhlas se zpracováním údajů**

**Potvrzuji správnost** zapsaných údajů a **dávám svůj souhlas** Základní škole speciální a Praktické škole Litvínov, Šafaříkova 991, okres Most, k tomu, aby pro účely přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a podle přímo použitelného předpisu Evropské unie1.

Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, psychologických vyšetření.

Souhlas poskytuji na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje.

Souhlas poskytuji pouze uvedené škole a jejímu zřizovateli, kteří mimo zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

K uplatnění práv v oblasti osobních údajů je možné se na školu obracet prostřednictvím datové schránky IDDS kiqafrx, emailem na adrese [reditelka@zs-specialni-litvinov.cz](mailto:reditelka@zs-specialni-litvinov.cz) nebo poštou na adrese Základní škola speciální a Praktická škola Litvínov, Šafaříkova 991.

Výše uvedenými způsoby je možné uplatnit právo na přístup k osobním údajům, na jejich opravu nebo výmaz, omezení zpracování, vznést námitku proti zpracování, uplatnit právo na přenositelnost údajů a uplatnit další práva, vztahující se k ochraně osobních údajů. Souhlas, na základě kterého jsou údaje zpracovávané, lze odvolat.

V Litvínově dne ........................................2024 .......................................................

podpis zákonného zástupce

1 Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).