**Základní škola a Mateřská škola Rohle, příspěvková organizace**Rohle 145, 78974 Rohle  
tel.: 583254019, 731657888, e-mail: [skola@zsrohle.cz](mailto:skola@zsrohle.cz), web: www.zsrohle.cz

ředitel školy: Mgr. Pavel Knébl

IČO: 00853356, datová schránka ID: zp9yuk7

…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Žadatel: ……………………………………………………………..

Trvalý pobyt: ……………………………………………………….

**Žádost**

Základní škole a Mateřské škole Rohle, příspěvková organizace

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

**žádám o přijetí mého dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
  
 datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ k předškolnímu vzdělávání k datu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

*Zdravotní postižení …………………………………………….*

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. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. 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. 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 propagačním materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžných 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. a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zapsal/a: (jméno a příjmení, podpis)

*Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:*

*1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení*

*2. Doporučení lékaře*