ŠKOLNÍ ROK 2020/2021

Vážení rodiče,

začátkem každého školního roku upřesňuji dokumentaci žáků. Žádám vás proto o vyplnění tohoto dotazníku a poskytnutí informací, jež mi při práci třídního učitele mohou být užitečné.

**ŽÁK/ŽÁKYNĚ**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ **MÍSTO NAROZENÍ**

DATUM NAROZENÍ **RODNÉ ČÍSLO**

TRVALÝ POBYT: ULICE + ČÍSLO MĚSTO PSČ

KONTAKTNÍ ADRESA:

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ST. OBČANSTVÍ

SOUROZENCI NA ŠKOLE (uveďte jméno, příjmení a třídu)

**OTEC**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

TRVALÝ POBYT: ULICE + ČÍSLO MĚSTO PSČ

KONTAKTNÍ ADRESA:

**\*MOBILNÍ TELEFON** TELEFON DO ZAMĚSTNÁNÍ (v případě, že nejste na mobilu)

**\*E-MAIL** OSOBNÍ DATOVÁ SCHRÁNKA

**MATKA**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

TRVALÝ POBYT: ULICE + ČÍSLO MĚSTO PSČ

KONTAKTNÍ ADRESA:

**\*MOBILNÍ TELEFON** TELEFON DO ZAMĚSTNÁNÍ (v případě, že nejste na mobilu)

**\*E-MAIL** OSOBNÍ DATOVÁ SCHRÁNKA

ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ ŽÁKA

**Sdělení:**

* Zpracování osobních údajů je v souladu dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 679/2016 o ochraně osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů, dále jen „GDPR“, účinnost k 25. 5. 2018.
* Žákovi s přetrvávajícími příznaky infekčního onemocnění, které jsou projevem chronického onemocnění, včetně alergického onemocnění (rýma, kaše), je umožněn vstup do školy pouze v případě, prokáže-li, že netrpí infekční nemocí (tuto skutečnost potvrzuje praktický lékař pro děti a dorost). **Potvrzení dodejte třídnímu učiteli do čtvrtku 10. 9. 2020.**

\* Uveďte jiný **dostupný kontakt** (v případě, že nemůžete být celodenně na příjmu) pro případné vyzvednutí žáka

Podpis zákonného zástupce: .....................................................................................................................

Termín vrácení: 7. 9. 2020

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkujeme.

Poznámka:

* **\***oba údaje jsou povinné
* tučně podtržený údaj - jen u nových žáků