**Základní škola Babice, okres Uherské Hradiště, příspěvková organizace**

**Babice 377, 687 03, tel.: 572 585 065, e-mail:** [**zsbabice@zsbabice.cz**](mailto:zsbabice@zsbabice.cz)**, www.zsbabice.cz**

**Žádost o přijetí žáka k základnímu vzdělávání z důvodu přestupu**

1. **Zákonní zástupci žáka:**

Jméno a příjmení matky: Jméno a příjmení otce:

Adresa trvalého pobytu: Adresa trvalého pobytu:

**Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přestupem bude vyřizovat zákonný**

**zástupce:**

**…………………………………………………………………………………………………….**

Jméno a příjmení

**Jméno a příjmení žáka/žákyně:**

Narozený/á:

Místo trvalého pobytu:

E-mailová adresa zákonného zástupce:.

Telefonní kontakt na zákonného zástupce:

1. **Ředitelka školy**

Jméno a příjmení: Mgr. Štěpánka Gottwaldová

Škola: Základní škola Babice, okres Uherské Hradiště, příspěvková organizace

Žádám o přijetí………………………………………... nar:.…………………………………..

do …….…… třídy Základní školy v Babicích od …………………………………………

Doplňující informace k žádosti:

Přestupuje ze ……………………………………………………………………………………

Dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech recitálů a článků Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (obecné nařízení na ochranu 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. 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.

V ………………………………….. dne …………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis zákonných zástupců