

**Žadatel** (zákonný zástupce dítěte):

Jméno a příjmení, titul: .....  
Datum narození: .....  
Místo trvalého pobytu: .....  
Telefon: ..... E-mail: .....

**Adresát:**

Svobodná základní škola a lesní mateřská škola DOMA V LESE, z.s.  
Otakarova 20  
370 01 České Budějovice  
ředitelka ZŠ: Mgr. Žaneta Tesařová  
adresa ZŠ: Libnič 47, 373 71 Libnič



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

**Žádám o přijetí svého dítěte**

jméno a příjmení ..... rod. č. .... / .....  
narozeného dne ..... v ..... státní občanství .....  
trvalé bydliště ..... PSČ .....  
přechodné bydliště ..... zdravotní pojišťovna .....

**k povinné školní docházce do Svobodné základní školy a lesní mateřské školy DOMA V LESE, z.s. ve školním roce 2024/2025.**

OTEC: Jméno a příjmení, titul .....  
Bydliště ..... Telefon.....  
MATKA : Jméno a příjmení, titul .....  
Bydliště ..... Telefon.....

*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. 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(a) jsem poučen(a) o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.*

*Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence sociálně patologických jevů v době vyučování za přítomnosti vyučujícího 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.*

V ..... dne .....

podpis zákonného zástupce dítěte