Registrační číslo žáka
(vyplňuje škola)

Příjemce žádosti – správní orgán
Mgr. Bc. Radovan Šikula – ředitel školy
Základní škola a Mateřská škola Staré Město, okr. Šumperk
Nádražní 77, 788 32 Staré Město, skola@zssm.cz, 583 239 230

Ž Á D O S T

O PŘIJETÍ K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ ŠK. ROK 2026 / 27

Informace o dítěti:

Název a adresa mateřské školy: .....

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: ..... ZP: .....

Místo narození: ..... Státní občanství: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích:

.....

.....

Informace o žadatelích:

Jméno a příjmení zákonného zástupce (matka): .....

Místo trvalého pobytu: .....

(adresa pro doručování písemností: .....)

Datum narození: ..... Telefon: ..... *Email: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (otec): .....

Místo trvalého pobytu: .....

(adresa pro doručování písemností: .....)

Datum narození: ..... Telefon: ..... *Email: .....

---

*/Dítě bude navštěvovat ŠD: ano - ne
*/Dítě má staršího sourozence na této ZŠ: **ano - ne** Jméno+třída: .....
**/ Nepovinný údaj*

Informované souhlasy rodiče/zákonného zástupce žáka: Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje rodičů a osobní údaje mého dítěte. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pořádání mimoškolních akcí školy, přijímacího řízení na střední školy, úrazového pojištění žáků, provedení psychologických vyšetření poradenských zařízení, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence rizikových jevů pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci z oblasti psychologických, pedagogických, sociálních a obdobných služeb. Souhlasím s možností orientačního testování na přítomnosti návykových látek v organismu mého dítěte, existuje-li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho zdraví. 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. Uvedené údaje jsou zpracovávány pro ŠKOLNÍ MATRIKU ŠKOLY – zákon č. 561/2004 Sb., § 28, na základě zákona č. 500/2004 Sb. (správní řád), v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR). V tomto smyslu jsem byl jako žadatel poučen.

Ve Starém Městě dne: ..... Podpis žadatele: .....

Vyplňte nejdříve předchozí stranu a doložte povinné přílohy !

Ž Á D O S T
O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY ŠKOLNÍ ROK 202_/2_

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Ve Starém Městě dne: ..... **Podpis žadatele:** .....

DÍTĚ NAROZENO OD 1. 4. DO 31. 8. 2020	DÍTĚ NAROZENO OD 1. 9. 2019 DO 31. 3. 2020
Dokládá se: 1. Doporučující posouzení pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra 2. Doporučující posouzení lékaře nebo klinického psychologa	Dokládá se: 1. Doporučující posouzení pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra 2. Doporučující posouzení odborného lékaře nebo klinického psychologa (posouzení nemůže vydat praktický lékař pro děti a dorost ani pediatr)

DOPORUČUJÍCÍ VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

PŘÍLOHA 2 K ŽÁDOSTI O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Jméno a příjmení dítěte: .....

Rodné číslo dítěte: .....

Sdělení lékaře: DOPORUČUJI ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY O 1 ROK.

DATUM/RAZÍTKO/PODPIS LÉKAŘE: