



**Základní škola a Mateřská škola Polnička, okres Žďár nad Sázavou**  
Polnička 147, 591 01 Žďár nad Sázavou, email: reditelstvi@zspolnicka.cz tel: 566 625 768

**Žádost zákonných zástupců o přijetí k základnímu vzdělávání**

od školního roku 2025/2026 do základní školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Polnička, okres Žďár nad Sázavou, Polnička 147

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:** \_\_\_\_\_

**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_

**Adresa pro doručování:** \_\_\_\_\_

**Email, telefon:** \_\_\_\_\_

Podle ustanovení § 36, odstavce 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,

žádám o přijetí k základnímu vzdělávání v Základní škole a Mateřské škole Polnička, okres Žďár nad Sázavou Polnička 147, 591 01 Žďár nad Sázavou

**Jméno a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_

**Datum narození, rodné číslo:** \_\_\_\_\_

**Adresa trvalého bydliště** \_\_\_\_\_

**Další informace:** \_\_\_\_\_

(údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka školy: o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání; tyto další informace nemají vliv na rozhodnutí ředitele o přijetí/nepřijetí, s výjimkou nespádového žáka, pokud by bylo zřejmé, že jeho přijetím by byl porušen limit počtu žáků s příslušnými podpůrnými opatřeními dle § 17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb.).

Byl jsem poučen o možnosti odkladu školní docházky.

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání (přestup do jiné základní školy, odklad školní docházky aj.) bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno a příjmení):

\_\_\_\_\_

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. 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 odborných 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, facebookového profilu 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 jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce