



Základní škola a mateřská škola při Léčebných lázních Lázně Kynžvart,
příspěvková organizace, Lázeňská 153, 35491 Lázně Kynžvart
Telefon: 354 672 126, 734 184 611
Mail: zsdl.l.kynzvart@seznam.cz

EVIDENČNÍ LIST ŽÁKA

Vyplní kmenová škola

Jméno a příjmení žáka: _____ Datum narození: _____

Adresa kmenové školy: _____

E-mail: _____ Telefon kmenové školy: _____

Druh a typ školy: ZŠ ročník: _____ ZŠ speciální ročník: _____ Víceleté gymnázium: _____

Důležitá sdělení: co bychom měli o žákovi vědět - Uveďte speciální didaktické problémy (SPU-mozková dysfunkce, epilepsie, laterální, autismus, poruchy chování, odložení školní docházky, opakování ročníku, jiné) _____

Asistent v kmenové škole: ano x ne _____ Individuální vzděl. plán v kmen. škole: ano x ne _____

Žáci jsou povinni přivést si s sebou učebnice, pracovní sešity a školní sešity na jednotlivé předměty.

PŘEDMĚT	POSLEDNÍ KLASIFIK. <i>Aktuální známka</i>	UČEBNICE <i>Nakladatelství, autor</i>	POSLEDNÍ PROBRANÉ UČIVO <i>Strana, téma, lekce</i>	PLÁN UČIVA NA DOBU P OBYTU <i>tj. od strany do strany z konkrétní učebnice, ze které žák pracuje, popřípadě názvy kapitol nebo témat</i>
<i>Psaní</i>				
<i>ČJ</i>				
<i>M</i>				
<i>AJ</i>				
<i>Prv</i>				
<i>Př</i>				
<i>D/Vl</i>				
<i>F</i>				
<i>Z</i>				
<i>Ch</i>				

Třídní učitel/ka:

Razítko kmenové školy:

Datum:

Podpis ředitele/ky školy:

Informace pro rodiče

Vážení rodiče,

Vaše dítě bude po dobu pobytu v lázních zařazeno do vyučování Základní školy při Léčebných lázních Lázně Kynžvart. Z důvodu bezproblémového zapojení Vašeho dítěte do výuky Vás žádáme o následující:

- **vyplňte a podepište dotazník určený pro rodiče;**
- **ZAJISTĚTE vyplnění dotazníku pedagogy kmenové školy Vašeho dítěte a vyplněné odevzdejte při příjezdu ve škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart nebo v přijímací kanceláři;**
- **dítěti dejte s sebou do aktovky školní potřeby, učebnice, sešity, pracovní sešity těchto předmětů**
 - I. stupeň:** český jazyk, anglický jazyk, matematika, čtení, psaní, prvouka, vlastivěda, přírodověda;
 - II. stupeň:** český jazyk a literatura, anglický jazyk, matematika, fyzika fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis, dějepis;

Vyplní rodiče žáka:

Jméno a příjmení žáka/-yně: _____

Jméno zákonného zástupce: _____ telefon: _____

Připomínky rodičů (vlastnosti dítěte a zdravotní omezení, která se mohou projevit ve výuce):

Jako zákonný zástupce dávám svůj souhlas:

Základní škole a mateřské škole při Léčebných lázních Lázně Kynžvart, příspěvková organizace

ke shromažďování, zpracovávání a evidenci osobních údajů a osobních citlivých údajů o mém dítěti ve smyslu evropského nařízení GDPR a směrnice školy ke GDPR.

Svůj souhlas poskytuji pouze pro zpracování těch osobních údajů, které jsou nezbytné pro práci školy a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu,

- pořizování a zveřejňování fotografií v propagačních materiálech školy, včetně webu školy, nástěnka školy, dále zveřejnění výtvarných prací – nástěnky, web;
- pořádání školních a mimoškolních akcí (výlety, vycházky)

Souhlas poskytuji na celé období vzdělávání mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, nezbytnou pro jejich zpracování, vědecké účely a archivnictví. Souhlas poskytuji škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům a musí tyto údaje zabezpečit před neoprávněným nebo nahodilým přístupem a zpracováním, před změnou a zničením, zneužitím či ztrátou.

Informovaný souhlas se zařazením žáka do školy při zdravotnickém zařízení

K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje souhlas zákonného zástupce žáka.

Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem. Zařazení žáka do školy při zdravotnickém zařízení není přestupem na jinou školu. Žák nadále zůstává žákem „kmenové školy“ tj. školy, kterou zvolil zákonný zástupce žáka a je tedy po dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení současně žákem dvou škol. Zákonný zástupce musí žáka v kmenové škole řádně omluvit z vyučování.

V případě, že si rodič vyučuje dítě sám, musí odevzdat v ZŠ při Léčebných lázních Lázně Kynžvart potvrzení, že s tímto způsobem výuky souhlasí ředitel kmenové školy žáka.

Jako zákonný zástupce dávám svůj souhlas

- ❖ **k zařazení svého dítěte do dobu léčení do ZŠ při Léčebných lázních Lázně Kynžvart**

Podpis rodičů žáka / zákonných zástupců/ zletilého žáka:

Datum:

