

Žádost o přestup žáka/žákyně: _____

Podle ustanovení §49 odstavce 1 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění žádáme o přestup

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:	
Místo trvalého pobytu:	
Kontakt:	

Ředitelka školy, Mgr. Jana Budáková
Základní škola a Mateřská škola Vilémov, okres Chomutov
Kadaňská 163, 431 54 Vilémov

Žádám o přestup žáka/žákyně: _____

do Základní školy a Mateřské školy Vilémov, okres Chomutov od _____.

Souhlasím tímto s přestupem mého syna / mé dcery a zároveň prohlašuji, že jsem **byla(a) prokazatelně seznámen(a)** s rozdíly ve vzdělávacích programech a s organizačními změnami, které ve spojení s převodem do jiného vzdělávacího programu mohou nastat.

Žák/žákyně:

Jméno a příjmení:	
Datum a místo narození:	
Rodné číslo:	
Místo trvalého pobytu:	
Ročník / rok povinné školní docházky:	
Název a adresa školy, odkud žák přestupuje:	
Zdravotní pojišťovna a ošetřující lékař:	
Další informace (např. zdravotní omezení, alergie, apod...)	

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v platném znění v souvislosti se zpracováním osobních údajů mého dítěte a zároveň v souladu se zákonem č. 561/2004 Sb. (školský zákon) v platném znění pro účely vedení povinné dokumentace školy, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. 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, 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.

Datum a podpis zákonných zástupců dítěte