**Protokol o zápise dieťaťa do 1. ročníka ZŠ**

V zmysle § 20 Zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (plnenie povinnej školskej dochádzky) a podľa § 10 ods.2 Vyhlášky č. 320/2008 Z. z. o základnej škole v znení vyhlášky 224/2011 Z. z. **podpísaný zákonný zástupca**

...................................................................................................................................................................

*(meno, priezvisko, titul, adresa, mobil, mejlový kontakt)*

**Žiadam o prijatie môjho dieťaťa do Základnej školy Rajčianska ul. č. 3 v Bratislave**

**Meno a priezvisko:** ...............................................................................................................................

**Dátum a miesto narodenia:** ...................................................................................................................

**Adresa trvalého bydliska /aj PSČ/:**.......................................................................................................

**Adresa MŠ, ktorú navštevuje**: ...........................................................................................................*..*

*(uveďte prosím presnú adresu MŠ, ak je možné aj PSČ)*

**Čestné vyhlásenie**

Čestne vyhlasujem, že menované dieťa **som nezapísal/a na inú základnú školu** a nie sú mi známe iné závažné okolnosti, ktoré by ovplyvnili nástup a povinnú školskú dochádzku dieťaťa.

...................................................

*podpis zákonného zástupcu*

**Súhlas so spracovaním osobných údajov dieťaťa**

Čestne vyhlasujem, že **súhlasím so spracovaním osobných údajov** dieťaťa a jeho zákonných zástupcov v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov.

...................................................

*podpis zákonného zástupcu*

**Splnomocnenie**

Splnomocňujem svoju manželku /manžela ............................................................, trvale bytom .............................................................................. v ............................................ na právne úkony, ku ktorým dochádza v súvislosti s informáciami a korešpondenciou o našom synovi/našej dcére medzi splnomocnenou osobou a príslušnou školou v príslušnom školskom roku.

...................................................

*podpis zákonného zástupcu*

**Žiadosť o zaslanie rozhodnutia o prijatí do elektronickej schránky**

Žiadam o zaslanie rozhodnutia o prijatí/neprijatí môjho dieťaťa do 1. ročníka Vašej ZŠ **cez osobnú elektronickú schránku**: **Áno\* Nie\*** V prípade, že ste uviedli ÁNO, **uveďte rodné číslo**

zákonného zástupcu .................................................. zákonnej zástupkyne ...............................................

...................................................................................................

*podpisy zákonných zástupcov*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ostatné údaje o dieťati** | | | | | | | |
| Miesto narodenia  (v Bratislave uveďte nemocnicu) | |  | | | | | |
| **Rodné číslo** | |  | | | **Národnosť** | |  |
| **Štátna príslušnosť** | |  | | | | | |
| **Kód a názov zdravotnej poisťovne** | |  | | | | | |
| **Patríte do rajónu školy?** | | Áno\* Nie\* | | | | | |
| Ak nie, do ktorého? | |  | | | | | |
| **Žiadate o odklad povinnej školskej dochádzky?** | | Áno\* Nie\* | | | | | |
| **Bude dieťa navštevovať ŠKD?** | | Áno\* Nie\* | | | | | |
| **Bude sa dieťa stravovať v ŠJ?** | | Áno\* Nie\* | | | | | |
| **Bude dieťa navštevovať**?  **Náboženstvo aké?** | | Náboženstvo\* | | | | Etickú výchovu\* | |
| Katolícke\* | Evanjelické\* | | |
| **Rodinné pomery dieťaťa** | | úplná rodina\* neúplná rodina\*  polosirota\* úplná sirota\* | | | | | |
| V prípade neúplnej rozvedenej rodiny, komu bolo dieťa zverené do výchovy?  (Prosíme doručiť fotokópiu rozhodnutia) | |  | | | | | |
| **Žijú rodičia v spoločnej domácnosti**? | | **Áno\* Nie\*** | | | | | |
| **Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa** | | | | | | | |
| **Meno a priezvisko otca** | |  | | | | | |
| **Trvalé bydlisko: ulica, číslo, PSČ, mesto/obec** *(v prípade prechodného bydliska uveďte aj kontaktnú adresu*) | |  | | | | | |
| **Kontakty** | | | | | | | |
| **Pevná linka** |  | **Mobilný telefón** | |  | | | |
| **Mejlový kontakt** | |  | | | | | |
| **Zamestnanie** | |  | | | | | |
| **Adresa zamestnávateľa** | |  | | | | | |
| **Meno a priezvisko matky** | |  | | | | | |
| **Trvalé bydlisko: ulica, číslo, PSČ, mesto/obec** (*v prípade prechodného bydliska uveďte aj kontaktnú adresu*) | |  | | | | | |
| **Kontakty** | | | | | | | |
| **Pevná linka** |  | **Mobilný telefón** | |  | | | |
| **Mejlový kontakt** | |  | | | | | |
| **Zamestnanie** | |  | | | | | |
| **Zamestnávateľ** | |  | | | | | |

***\* Zakrúžkujte, resp. podčiarknite, prosím.***

**Zdravotný stav dieťaťa a iné informácie o dieťati**

1. Malo Vaše dieťa odloženú školskú dochádzku: **Áno\* Nie\***
2. Absolvovalo Vaše dieťa zariadenie výchovného poradenstva a prevencie a test zrelosti: **Áno\* Nie\***
3. Orientácia dieťaťa vzhľadom na dominanciu rúk: **ľavák pravák**
4. Má Vaše dieťa zdravotné ťažkosti? **Áno\* Nie\***

Aké?........................................................................................................................................................

1. Navštevuje odborných lekárov?  **Áno\* Nie\***

Akých?..................................................................................................................................................

1. Trpí dieťa alergiou? **Áno\* Nie\***

Akou?...................................................................................................................................................

1. Má potravinovú alergiu? **Áno\* Nie\***

Na čo?................................................................................................................................................

1. Zrak dieťaťa: nosí okuliare **Áno\* Nie\***

Ak áno, číslo dioptrií..................................iné poruchy zraku:...........................................................

1. Porucha sluchu **Áno\* Nie\***
2. Iné zdravotné ťažkosti dieťaťa (zdravotný postih, užívanie liekov, chronické ochorenia, poruchy správania, obmedzenie alebo oslobodenie od telesných cvičení....)

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

1. Záujmy dieťaťa:

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Iné dôležité upozornenia:

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***\* Zakrúžkujte, resp. podčiarknite, prosím.***

Ďakujeme za Váš čas a dôveru.

*Povoľujem škole podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, aby oprávnené osoby uvedenej školy spracovávali osobné údaje dieťaťa na účely zabezpečenia výchovno-vzdelávacieho procesu.*

V Bratislave dňa...........................

............................................................. ......................................................................

podpis 1.zákonného zástupcu podpis 2. zákonného zástupcu

.................................................................................

podpis zamestnanca školy