



Základní škola Hodonín, Mírové náměstí 19, příspěvková organizace

Mírové náměstí 19, 695 01 Hodonín

IČ: 70284857

**Příloha k žádosti o odklad školní docházky na školní rok  
2024/2025**

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí: ZŠ MNH .....

Jméno a příjmení dítěte: .....

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

Místo narození: ..... Okres: .....

Bydliště: .....

Státní občanství: ..... Status občana: - *občan ČR*  
- *cizinec s trvalým pobytem v ČR*  
- *cizinec bez trvalého pobytu v ČR*  
- *osoba s dočasnou ochranou v ČR*

Ošetř. lékař: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Zdrav. stav: ..... Výslovnost: .....

Mateřská škola: .....

Bude navštěvovat ŠD: ..... Evidence v PPP: .....

**Druh zápisu:** *v řádném termínu – po jednoletém/dvouletém odkladu* (nehodící se škrtněte)

**Zákonní zástupci budou žádat o odklad školní docházky:** *ano - ne*

(Žádost o odklad školní docházky musí být podána do 30. dubna 2024)

**Zájem o zařazení dítěte do přípravné třídy:** *ano - ne*

(Žádost o zařazení musí být podána v termínu od 29. 4. do 3. 5. 2024)

**Sourozenci** (jméno, věk): .....

**Zákonní zástupci:**

**Matka:** jméno a příjmení .....

bydliště .....

telefon ..... zaměstnání .....

email ..... datum nar. ....

**TEL:** 518 353 843 **WEB:** [www.zshodonin.cz](http://www.zshodonin.cz) **e-MAIL:** [zshodonin@zshodonin.cz](mailto:zshodonin@zshodonin.cz)



Základní škola Hodonín, Mírové náměstí 19, příspěvková organizace

Mírové náměstí 19, 695 01 Hodonín

IČ: 70284857

Otec: jméno a příjmení .....

bydliště .....

telefon ..... zaměstnání .....

email ..... datum nar. ....

Důležitá sdělení pro školu: .....

Poznámky: (nešestiletý, nezralý, alergie atd.) .....

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a dávám svůj souhlas Základní škole Hodonín, Mírové náměstí 19, příspěvková organizace k tomu, aby pro účely přijímacího řízení 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 a Evropského nařízení ke GDPR. 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, 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. a Evropského nařízení ke GDPR.

V Hodoníně dne .....

**Podpis zákonných zástupců:** .....

---

**vyplňuje škola:**

Údaje byly ověřeny podle - OP zák. zástupce – číslo dokladu .....

- cestovního pasu – číslo dokladu .....

- rodného listu dítěte

**Zapsala:** .....

**TEL:** 518 353 843 **WEB:** [www.zshodonin.cz](http://www.zshodonin.cz) **e-MAIL:** [zshodonin@zshodonin.cz](mailto:zshodonin@zshodonin.cz)