Registrační číslo:

**ZÁPISNÍ LIST PRO ŠKOLNÍ ROK 2020 /2021**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE** ……………………………………….……………….……….

 Datum narození ………………………...... Rodné číslo .............……..…………………..

 Místo narození ………..........……………. Zdravotní pojišťovna ………………………..

 Státní občanství …………………  Bydliště ………..……………..………………………….

 Mateřská škola ………………………………….………………………………..….…………..

 Zdravotní stav …………………………………………………………………………………...

 Sourozenci (jméno) ...……………………………… třída (ročník) ………….……..............

 Školní družina:  ANO  NE

**OTEC** ……………………………………………………………….…………………….……………….

 Bydliště (není-li shodné s bydlištěm žáka) ..............………….……...………………………….

 Mobil ………..……………...….……………  do zaměstnání …..……………...….……....  E-mail ……………….……………………..…@…..…………………………………………...

**MATKA**

……………………………………………………………….……….…………………………….

 Bydliště (není-li shodné s bydlištěm žáka) ..............………….……...………………………….

 Mobil ………..……………...….……………  do zaměstnání ………..……………………  E-mail ……………….……………………..…@…..…………………………………………...

Poznámka:

 nezralý(á) - rodiče budou žádat odklad školní docházky

**Zapsal: ...................................................**

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. 110/2019 Sb., zákona o zpracování osobních údajů, o ochraně osobních údajů v platném znění a Evropského nařízení ke GDPR. Dále dávám škole svůj souhlas k tomu, aby s mým dítětem mohl v rámci prevence rizikového chování pracovat psycholog, speciální pedagog a další odborní pracovníci ze školního poradenského pracoviště (metodik prevence a výchovný poradce), také odborníci z oblasti psychologických služeb, 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.

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 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. 110/2019 Sb. a Evropského nařízení ke GDPR.

V Kounicích, dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Souhlas s činností školního speciálního pedagoga**

**v Základní škole Kounice, okr. Nymburk**

Školní speciální pedagog působí ve škole v rámci Školního poradenského pracoviště ZŠ Kounice a je financován z rozpočtu školy, z rozpočtu na podpůrná opatření (z doporučení ŠPZ), případně z projektu OP VVV. Školní speciální pedagog poskytuje komplexní službu žákům, jejich rodičům a pedagogům, která vychází ze standardních činností vymezených ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., (Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných), ve vyhlášce 72/2005 Sb. (Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních), z náplně práce školního poradenského pracoviště Základní školy Kounice a z ročního plánu činnosti školního speciálního pedagoga.

Rodiče udělují, v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., zákon o zpracování osobních údajů, souhlas s činností školního speciálního pedagoga, včetně všech náležitostí s tím souvisejících, zejména s vedením potřebné dokumentace a její archivací podle platných předpisů. Souhlas je platný po celou dobu docházky na ZŠ Kounice a je možné ho kdykoli odvolat.

**Souhlas rodičů / zákonných zástupců s činností školního speciálního pedagoga**

Rodiče, kteří **souhlasí s tím, že školní speciální pedagog ve škole působí**, souhlas podepíší. Svým podpisem stvrzují, že souhlasí, aby školní speciální pedagog:

* spolupracoval s učiteli při vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných.
* podílel se na třídnických hodinách ve spolupráci s třídním učitelem.
* poskytl úvodní poradenskou konzultaci dítěti, které ho samo vyhledá.
* poskytl krizovou intervenci dítěti, které se octne v psychicky mimořádně náročné situaci.
* vytvářel podmínky k maximálnímu využití potenciálu dítěte.
* prováděl opatření k posílení pozitivní atmosféry ve škole.
* prováděl anonymní anketní šetření a průzkumy ve škole (vztah žáků k vyučovacím předmětům, výskyt sociálně patologických jevů apod.) a konzultoval zjištěné údaje s vedením školy, výchovným poradcem, školním metodikem prevence, třídním učitelem, při důsledném zachovávání anonymity jednotlivých žáků, kteří se šetření a průzkumů účastnili.
* informoval rodiče na třídních schůzkách či mimořádným písemným sdělením o výsledcích anonymních anketních šetření a průzkumech.

Rozhodnou-li se rodiče, že souhlas s činností školního speciálního pedagoga nepodepíší, nemá školní speciální pedagog právo jejich dítěti výše uvedené služby poskytovat.

**Jméno žáka: Třída:**

*Byli jsme informováni o činnosti školního speciálního pedagoga a souhlasíme s působením tohoto odborníka ve škole, kterou naše dcera / náš syn navštěvuje*

Podpis rodičů: …………………………… Podpis třídního učitele:…………………………

V……………………..……. dne: ……………………….

Důležité upozornění:

V případě potřeby práce s **konkrétním žákem či žákovským kolektivem** (neanonymně) bude vždy předem s rodiči / zákonnými zástupci sjednán pro konkrétní poskytovanou službu **individuální informovaný souhlas rodiče / zákonného zástupce**.