Základní škola a Mateřská škola při Nemocnici Na Bulovce
Bulovka 1606/5, 180 81 Praha 8 – Libeň
IČ: 63830795
tel.: 266 082 328
mob.: 608 516 737
www.skolabulovka.cz ID schránky: ns5y3au info@skolabulovka.cz

Souhlas zákonného zástupce se zařazením žáka do školy při zdravotnickém zařízení

Jméno a příjmení žáka: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____ Státní občanství: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____okres:_____PSČ:_____

Název a adresa kmenové školy: _____

_____

Třída: _____ Ročník vzdělávání: _____Třídní učitel: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Bydliště zákonného zástupce: _____

(je-li odlišné od bydliště žáka)

Telefonické spojení na zákonného zástupce: _____

V souladu s § 5a, odst. 2 vyhlášky č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky se v základní škole při zdravotnickém zařízení mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem.

Pokud se žák nemůže ze zdravotních důvodů zúčastnit vyučování, je mu nabídnuto zájmové vzdělávání ve školním klubu. Školní řád základní školy a vnitřní řád školního klubu je k dispozici na jednotlivých pracovištích nebo na webových stránkách školy.

Využívání vybavení školy je podmíněno zařazením žáka do školy při zdravotnickém zařízení.

Já, zákonný zástupce žáka prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o možnosti zařazení žáka do školy při zdravotnickém zařízení.

Na základě poskytnutých informací a doporučení ošetřujícího lékaře souhlasím se zařazením žáka, jehož jsem zákonným zástupcem, do školy při zdravotnickém zařízení. Svým podpisem také stvrzuji, že jsem byl/a informován/a a souhlasím s tím, že na škole působí psycholožka, která napomáhá dobré adaptaci dětí a žáků na pobyt v zařízení.

Datum a podpis zákonného zástupce:……..

Poučení provedl (jméno, podpis) :…….datum:……

Pokračování na druhé straně. Prosíme, otočte.

Souhlas se zpracováním osobních údajů - zákonný zástupce

Svým podpisem udělujete Souhlas se zpracováním níže vymezených osobních údajů Vašeho syna-dcery……, Základní škole a Mateřské škole při Nemocnici Na Bulovce. Souhlas poskytujete dobrovolně, z jeho udělení neplynou žádné právní povinnosti.

Souhlas udělujete:

a) S pořizováním a se zveřejňováním fotografií, filmových záznamů a zvukových nahrávek zachycujících Vašeho syna – dceru při školou zajišťovaných aktivitách. Fotografie budou zveřejněny na webu školy a sociálních sítích Facebook, Instagram, Youtube pro účely propagace školy a zdokumentování aktivit školy. Souhlas udělujete na celou dobu docházky Vašeho syna - dcery do školy a dobu 10 let po ukončení vzdělávání ve škole.

   ☐ ano

   ☐ ne

b) S předáváním osobních údajů syna-dcery třetí straně (organizátor soutěže) za účelem organizování vybraných aktivit (účast v soutěži či olympiádě). Souhlas udělujete na celou dobu docházky Vašeho syna - dcery do školy.

   ☐ ano

   ☐ ne

c) S prezentací školních prací syna – dcery mimo prostory školy, tj. na soutěžích, výstavách či přehlídkách. Souhlas udělujete na celou dobu docházky Vašeho syna - dcery do školy a dobu 5 let po ukončení vzdělávání ve škole.

   ☐ ano

   ☐ ne

d) Se zveřejňováním výsledků (úspěchů) syna-dcery v různých soutěžích, olympiádách a projektech pořádaných Základní školou a Mateřskou školou při Nemocnici Na Bulovce, dalšími školami, školským zařízením či jinými subjekty. Výsledky mohou být zveřejněny na webu školy, v tisku, na nástěnkách umístěných v budově školy (v rozsahu jméno, příjmení, třída, dosažený úspěch, fotografie žáka/dítěte). Souhlas udělujete na celou dobu docházky Vašeho syna - dcery do školy a dobu 5 let po ukončení vzdělávání ve škole.

   ☐ ano

   ☐ ne

e) Se zveřejňováním jména, příjmení, fotografií, dosažených úspěchů syna-dcery ve výročních zprávách Základní školy a Mateřské školy při Nemocnici Na Bulovce, které jsou zveřejňovány na webu školy. Souhlas udělujete na celou dobu docházky Vašeho syna - dcery do školy a dobu 5let po ukončení vzdělávání ve škole.

   ☐ ano

   ☐ ne

Uvedené osobní údaje budou zpracovávány v listinné i v elektronické podobě. Na základě těchto údajů nebudou činěna žádná rozhodnutí výlučně automatizovanými prostředky. ***Svůj souhlas můžete kdykoliv odvolat bez jakýchkoliv sankcí.*** Pokud souhlas odvoláte, není tím dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před tímto odvoláním. Pokud budete mít výhrady ke zpracování osobních údajů, můžete podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů. Sídlo: Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.

Já, níže podepsaný(á) …….., bytem ……...……..… prohlašuji, že jsem plně porozuměl(a) výše uvedeným informacím.

V……. dne……. ……..……..……..……

Podpis zákonného zástupce žáka