

# Evidenční formulář pro dítě v mateřské a základní škole

Informujeme Vás, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), že správce osobních údajů bude zpracovávat níže uvedené informace o Vás a Vašich dětech pro účel zařazení těchto informací do školní matriky dle § 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Tyto informace budeme uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

Z pozice subjektu údajů Vám a Vašemu dítěti náleží práva stanovená v čl. 15 až čl. 22 GDPR. Jmenovitě se jedná o následující práva:

- a) právo na přístup k osobním údajům
- b) právo na opravu osobních údajů
- c) právo na výmaz a právo být zapomenut
- d) právo na omezení zpracování
- e) právo na přenositelnost osobních údajů
- f) právo vznést námitku
- g) právo nebýt předmětem automatizovaného zpracování

V případě dotazů neváhejte kontaktovat pověřence pro ochranu osobních údajů na telefonním čísle 312 604 445, případně na e-mailové adrese [poverenec@mestokladno.cz](mailto:poverenec@mestokladno.cz).

## **Identifikace správce**

Název organizace:	<input type="text"/>
IČ:	<input type="text"/>
Adresa sídla:	<input type="text"/>
Statutární orgán:	<input type="text"/>

## **Osobní údaje dětí**

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Datum a místo narození: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kód pojišťovny: \_\_\_\_\_ Státní příslušnost: \_\_\_\_\_

Předchozí školy:

Školní rok:

Škola:

Třída:

Dítě přijato:  
(DD/MM/RR)

Dítě odešlo:  
(DD/MM/RR)

/

/

/

/

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Lékařský posudek v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., zákon o ochraně veřejného zdraví:**

1. dítě je zdravé a může být přijato do mateřské/základní školy:  Ano  Ne

2. dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné

Napište jaké: \_\_\_\_\_

3. Očkování proti: \_\_\_\_\_

4. Alergie: \_\_\_\_\_

5. Užívané léky: \_\_\_\_\_

6. Další sdělení:\* \_\_\_\_\_

\* např. levorukost a jiné okolnosti, které rodiče považují za důležité

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis  
lékaře:

**Osobní údaje zákonných zástupců**

**Matka**

**Otec**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum narození:\*

\* vyplnit jen v případě často užívaného jména (např. Jan Novák) pro lepší identifikaci

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpisy rodičů: \_\_\_\_\_