**Základní škola Čelákovice, Kostelní 457, příspěvková organizace**

**Ředitel školy: Ing. Jiří Kyliánek**

Základní škola Čelákovice

Kostelní 457

250 88 Čelákovice

**Žadatel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doručovací adresa:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pokud není shodná s trvalým bydlištěm) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Věc: Žádost o přestup žáka základní školy**

Žádám o přestup svého dítěte podle ustanovení §49, odstavce 1 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) na vaši školu, a to ke dni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Jméno dítěte:** ………………………………………………………………………………………………………

**Datum narození:** ………………………………………………………………………………………………………

**Rodné číslo:** ………………………………………………………………………………………………………

**Trvalé bydliště:** ………………………………………………………………………………………………………

**Doposud je žákem školy:** ………………………………………………………………………………………………………

**Ročník:**  ………………………………………………………………………………………………………

**Rok školní docházky:** ………………………………………………………………………………………………………

**Vzdávám se práva na odvolání proti rozhodnutí ředitele školy o přestupu.**

Dávám svůj souhlas Základní školeČelákovice, Kostelní 457 ke shromažďování, zpracovávání a evidenci osobních údajů a osobních citlivých údajů o zdravotním stavu mého dítěte, ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Souhlas poskytuji na celé období školní docházky svého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu nezbytnou pro archivnictví, pro všechny účely dané potřebami školy včetně práce psychologa. Byl jsem poučen o svých právech podle zákona č.101/2000 Sb.

Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého dítěte, vznikne-lidůvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení zdraví.

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

podpis žadatele