

## Odloučené pracoviště OLÚ Metylovice, Moravskoslezské sanatorium

### Evidenční list žáka/žákyně ZŠ

Vyplní rodič (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení žáka/žákyně	
Bydliště	
Datum narození	Místo narození
Rodné číslo	Státní občanství
Jméno a příjmení matky	
Bydliště	Kontaktní telefon
Jméno a příjmení otce	
Bydliště	Kontaktní telefon
Jméno a příjmení zákonného zástupce	
Bydliště	Kontaktní telefon
Délka pobytu v OLÚ Metylovice: Datum nástupu:	Datum odjezdu:
Kmenová ZŠ (adresa, telefon, e-mail, vyučovací jazyk)	
Rodič (zákonný zástupce) potvrzuje, že se seznámil se školním řádem (dostupným na nástěnce ve škole nebo na <a href="http://www.skolananamesti.cz">www.skolananamesti.cz</a> – sekce Úřední deska) a souhlasí se vzděláváním žáka/žákyně v ZŠ při zdravotnickém zařízení. <p style="text-align: center;">ANO                      NE*</p>	
Souhlas rodiče (zákonného zástupce) se zveřejňováním prací žáka/žákyně a fotografií, dokumentujících aktivity školy na webových stránkách ZŠ, OLÚ Metylovice Moravskoslezského sanatoria a v regionálním tisku. Zásady zpracování osobních údajů dle GDPR viz. <a href="http://www.skolananamesti.cz/gdpr">www.skolananamesti.cz/gdpr</a> <p style="text-align: center;">ANO                      NE*</p>	
Datum a podpis rodiče (zákonného zástupce)	

Vyplní ošetřující lékař OLÚ Metylovice

Souhlas ošetřujícího lékaře OLÚ Metylovice Moravskoslezského sanatoria se vzděláváním žáka/žákyně v ZŠ při zdravotnickém zařízení <p style="text-align: center;">ANO                      NE*</p>
Zdravotní záznamy (zdravotní obtíže, zdravotní postižení - druh zdravotního postižení, zdravotní znevýhodnění, aj.)
Podpis ošetřujícího lékaře

\* Nehodící se škrtněte

Konzultace na tel. č.: 605 990 104.

ZŠ, odloučené pracoviště při OLÚ Metylovice

.....  
Razítko a podpis ředitelky školy