**Evidenční list žáka/žákyně ZŠ**

|  |
| --- |
| **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** |
| **Souhlas ošetřujícího lékaře OLÚ Metylovice Moravskoslezského sanatoria se vzděláváním žáka/žákyně** **v ZŠ při zdravotnickém zařízení**  **ANO NE\*****Zdravotní záznamy (zdravotní obtíže, zdravotní postižení - druh zdravotního postižení, zdravotní znevýhodnění, aj.)****Podpis ošetřujícího lékaře** |
| **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** [**www.skolananamesti.cz**](http://www.skolananamesti.cz) **– sekce Úřední deska) a souhlasí se vzděláváním žáka/žákyně v ZŠ při zdravotnickém zařízení.**  **ANO NE\*****Datum:****Podpis rodiče (zákonného zástupce)** |
| **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.** **ANO NE\*****Podpis rodiče (zákonného zástupce)** |

**\* Nehodící se škrtněte**

**Případné dotazy zasílejte na e-mail:** **info.skola@skolananamesti.cz**

**Konzultace na tel. č.: 605 990 104.**