**Žádost o odklad povinné školní docházky**

**Účastníci řízení:** *(vyplní pro účely správního řízení)*

1. **nezletilé dítě:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Jméno dítěte:* |  | | |
| *Datum narození:* |  | | |
| *Místo narození:* |  | | |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |

1. ***zákonní zástupci:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *OTEC:* | *Jméno, příjmení (titul):* |  | | |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |
| *e-mail\** |  | | |
| *Telefonní kontakt\** |  | | |
| *Datová schránka* |  | | |
| *MATKA:* | *Jméno, příjmení (titul):* |  | | |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |
|  | *e-mail\** |  | | |
|  | *Telefonní kontakt\** |  | | |
|  | *Datová schránka* |  | | |

\* (pro případné vyzvání k doplnění žádosti nebo k nahlédnutí do spisu)

|  |  |
| --- | --- |
| **žádají tímto** Základní školu s rozšířenou výukou jazyků a Mateřskou školu Litvínov, Podkrušnohorská 1589, okres Most podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) o **odklad povinné školní docházky nezletilého dítěte:**  jméno dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *Preferovaný zákonný zástupce pro komunikaci pro účely správního řízení*  *(nepovinný údaj)* | *rodiče se dohodli*  *OTEC - MATKA* |
| *Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého pobytu):* |  |

Podle § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, dokládám ke své žádosti doporučující posouzení příslušného školského poradenského zařízení a posudkem odborného lékaře nebo klinického psychologa.

*Dávám svůj souhlas Základní škole s rozšířenou výukou jazyků a Mateřské škole Litvínov, Podkrušnohorská 1589, okr. Most k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace. Souhlas poskytuji pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a Evropského nařízení ke GDPR, zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.*

V Litvínově dne …………………………….

podpis zákonného zástupce: ………………………

*Přílohy:*

*- doporučující posouzení příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře nebo klinického psychologa*

……………………………………………………………………………………………….......

*(údaje školy)*

Základní škola s rozšířenou výukou jazyků a Mateřská škola Litvínov, Podkrušnohorská 1589, okres Most

Datum doručení dubna 2019

Číslo jednací ZŠMŠ 5/2019/ZŠ/Z/\_\_\_-

Počet listů

Počet příloh/listů příloh