

## Přihláška k docházce do školní družiny

školní rok:

Jméno a příjmení žáka: \_\_\_\_\_ třída: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

### **Zákonní zástupci**

*matka*

jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

*otec*

jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

### **Pověřené osoby ZZ**

Osoby, které je možno kontaktovat a byly zákonnými zástupci pověřeny k případnému vyzvednutí žáka ze ŠD.

Jméno	Bydliště	Mobilní telefon	Podpis	Vztah k žáku

Pověřené osoby berou na vědomí, že převzetím dítěte ze školní družiny jsou povinny vykonávat nad dítětem dohled do okamžiku předání zákonným zástupcům. Pověřené zletilé osoby vyjadřují podpisem souhlas se zpracováním osobních údajů (bydliště a telefon) z důvodu oprávněného zájmu správce za účelem případného kontaktu a ověření totožnosti při vyzvednutí dítěte, pokud není zaměstnancům školy doposud známa. Pověřené osoby byly poučeny o tom, že mají právo souhlas s vyzvedáváním kdykoliv vzít zpět písemným odvoláním souhlasu doručeným statutárnímu orgánu školského zařízení a na základě toho, budou ze strany školy vymazány všechny údaje o pověřené osobě v této přihlášce. U nezletilé osoby (např. sourozenec) zákonný zástupce zhodnotil schopnosti staršího dítěte a je si vědom, že okamžikem vyzvednutí přebírá za vyzvednuté dítě odpovědnost.

## Ostatní údaje

Další údaje o žákovi včetně upozornění na zdravotní stav účastníka

---

---

---

---

## Čas odchodu žáka z odpolední družiny

Den	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
Čas odchodu					
Sám/doprovod					

Upozornění Zákonným zástupcům (rodičům): má-li být dítě, které odchází ze školní družiny samo, uvolněno dříve než v hodinu uvedenou v přihlášce, **musí se prokázat písemným sdělením rodičů.**

Písemné pověření je třeba také při vyzvednutí dítěte osobou, která není uvedena v přihlášce. Uvolnění dítěte ze školní družiny **na podkladě telefonátu není možné.** Další informace o školní družině naleznete na webových stránkách školy. Zákonný zástupce prohlašuje, že bere na vědomí zpracování osobních údajů (údaj o zdravotní pojišťovně) svého dítěte na základě oprávněného zájmu poskytnout informaci pro případné ošetření lékařem.

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

---

podpis zákonného zástupce