**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**](mailto:info.skola@skolananamesti.cz)

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