ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA

Středočeský kraj

při o.p.s. Olivově dětské léčebně
Olivova 224
251 01 Říčany
IČO: 708 450 34 datová schránka: wduw826
https://www.zsmsolivovna.cz; e-mail: vedeni@zsmsolivovna.cz, tel.: 323 631 120

Vážení rodiče.

Vaše dítě bude po dobu pobytu v ODL navštěvovat školu při zdejší léčebně s odlišným režimem, než na který je zvyklé z kmenové školy. Průměrná doba výuky je 3 hodiny denně. Ve výuce postupujeme podle vzdělávacího programu, učebnic a pracovních listů kmenové školy. S žákem pracujeme individuálně, za použití speciálních metod a forem práce s přihlédnutím ke schopnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu žáka. Vyučujeme tyto předměty: M, Čj, Prv, Přv, Př, Vl, Fy, Z, D, CH, cizí jazyky (Aj).

Vybavte prosím dítě učebnicemi do všech uvedených předmětů, sešity, pracovními sešity a ostatními školními potřebami /pastelky, náhradní sešity, tužky a pera/. V případě, že ve škole nepoužívají učebnice a pracovní sešity, požádejte prosím vaši školu, aby dítě vybavila pracovními listy či jinými materiály, ze kterých bude dcera/syn v léčebně pracovat. **VZHLEDEM K CHARAKTERU LÉČEBNÉHO POBYTU ŽÁCI NEMAJÍ PŘES DEN V LÉČEBNĚ MOBILNÍ TELEFONY. POKUD JE NEZBYTNÉ, ABY VÁŠ SYN/DCERA OBČAS NAVŠÍTIL/A STRÁNKY KMENOVÉ ŠKOLY, VYBAVTE HO/JI PROSÍM PŘÍSTUPOVÝMI ÚDAJI. JE MOŽNÉ SE PŘIPOJIT NA PC VE ŠKOLE.**

Dotazník pro rodiče – informace jsou důvěrné

Jméno a příjmení žáka: Datum narození:	Místo trvalého pobytu, korespondenční adresa:
Místo narození: Rodné číslo:	Třída:
Státní občanství:	Omezení sdělování informací o žákovi:
Otec žáka – jméno a příjmení:	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:
Matka žáka – jméno a příjmení:	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:
Zákonný zástupce (pokud jím není otec nebo matka):	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:

Sdělení zákonného zástupce škole:
Charakter dítěte, vztah ke škole:

Podle svého uvážení sdělte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou:
Zdravotní postižení, druh postižení – mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vada řeči, autismus, vývojová porucha učení nebo chování:

Zdravotní znevýhodnění – zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, epilepsie, alergie, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování:

Žádáme Vás o vyjádření souhlasu k zařazení Vašeho dítěte do naší školy (Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), Vyhláška 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se spec. vzdělávacími potřebami a žáků nadaných)

Souhlas zákonného zástupce žáka se zařazením žáka do základní školy při zdravotnickém zařízení.

	Účel zpracování (osobní údaj)	Podpis zákonného zástupce
1.	Souhlasím se zařazením dítěte do základní školy při o.p.s. ODL Říčany, po celou dobu pobytu v dětské léčebně a byl(a) jsem seznámen(a) se školním řádem.	
2.	Souhlasím s účastí svého dítěte na preventivních programech pořádaných v rámci základní školy při o.p.s. ODL Říčany; a případnými konzultacemi s psychologem léčebny.	
3.	Beru na vědomí, že za dítě, které se neúčastní výuky přebírá odpovědnost a zajišťuje jeho bezpečnost personál léčebny.	
4.	Souhlasím se zasláním školního hodnocení mého dítěte na mou mailovou adresu.	
5.	Souhlasím, že uhradím veškerou škodu na majetku a vybavení školy, kterou moje dítě způsobí.	

Nezbytné údaje definuje na základě zákona převážně tzv. matrika školy popř. jiné zákonné předpisy.
Pro účely nad rámec zákonného zpracování je vyžadován informovaný souhlas.

VÝSLOVNĚ SOUHLASÍM S VÝŠE UVEDENÝM

V Říčanech dne …… roku …….

Jméno a příjmení zákonného zástupce (hůlkovým písmem): …….

Podpis zákonného zástupce: …….....

Souhlas ošetřujícího lékaře léčebny se zařazením žáka do základní školy při zdravotnickém zařízení.

Souhlasím s výukou žáka v základní škole při o.p.s. ODL Říčany, od ..... do .....

Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání.

Podpis ošetřujícího lékaře léčebny: .....