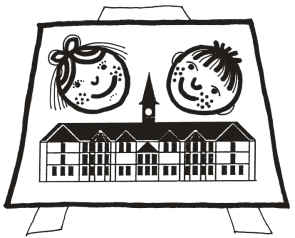
logo kraj čb**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA**

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, Nj).

|  |  |
| --- | --- |
| 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: | |

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.**

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: