

PŘIHLÁŠKA
do Základní umělecké školy pro zrakově postižené,
Loretánská 19, Praha 1

Obor: hudební
Hlavní předmět.....

Jméno a příjmení žáka/žákyně:		
Datum a místo narození:	Rodné číslo:	Státní občanství:
Místo trvalého pobytu:		Tel:
je žákem/žákyní třídy, školy (adresa):		
Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka: adresa: tel: email:		
K žádosti přiložte potvrzení očního lékaře. Další zdravotní postižení nebo znevýhodnění žáka:		
<i>Beru na vědomí, že studium může být ukončeno, jestliže neuhradím úplatu za vzdělání ve stanoveném termínu. Stvrzuji svým podpisem, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé. Souhlasím, aby se pracovníci školy seznámili se zdravotním stavem a zdravotní dokumentací mého dítěte. Souhlasím, aby škola uchovávala a zpracovávala poskytnuté osobní údaje mého dítěte v souvislosti s jeho docházkou do školy (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, bydliště, telefon) a údaje o rodičích – zákonných zástupců (jméno, příjmení, bydliště, telefon). Škola je oprávněna užít údaje a výsledky jejich zpracování pouze pro vnitřní účely. Není oprávněna údaje poskytnout třetím osobám s výjimkou případů, kdy je taková povinnost stanovena zákonem. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s řádem školy a všem jeho ustanovením rozumím. Souhlasím s poskytováním poradenských služeb Speciálně pedagogického centra při Škole Jaroslava Ježka.</i>		
V	Podpis zletilého žáka nebo zákonného zástupce nezletilého žáka:	
dne	

Příhlášku odevzdejte společně se zprávou očního lékaře.