**ŽÁDOST O PŘIJETÍ K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Jednací číslo (vyplní škola):**

**ŽADATEL**

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:**

**Místo trvalého pobytu:**

**Kontaktní adresa:**

**e-mail:**

**telefonní číslo: datová schránka:**

**podle ustanovení § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzděláváním (školský zákon), tímto žádám o přijetí svého dítěte k základnímu vzdělávání na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice, zřízené** podle ustanovení § 16 odst. 9 školského zákona, **do 1. ročníku pro školní rok 2025/2026.**

Vzdělávací obor: **79-01-C/01**.

**ÚDAJE O DÍTĚTI**

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Místo trvalého pobytu:**

K této žádosti přikládám doporučení ze školského poradenského zařízení (ŠPZ), které potvrzuje vhodnost vzdělávání na této škole.

S žádostí o přijetí k základnímu vzdělávání souhlasí oba zákonní zástupci.

V Praze dne: Podpis zákonného zástupce:

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

V souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně osobních údajů (GDPR) tímto uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů mého dítěte a mých osobních údajů uvedených v této žádosti za účelem vyřízení přijetí k základnímu vzdělávání. Souhlasím, že tyto údaje budou zpracovávány po dobu nezbytně nutnou k administraci přijetí a v souladu s příslušnými právními předpisy. Beru na vědomí, že mám právo tento souhlas kdykoliv odvolat písemnou formou.