

P Ř I H L Á Š K A

DO ZÁKLADNÍ UMĚLECKÉ ŠKOLY LIBČICE NAD VLTAVOU

Obor :

Hlavní předmět :

Zařazen /učitel/ka/

(vyplní škola)

Jméno žáka/žákyně, **datum narození**

v, **okres**, **rodné číslo**

bydliště

pošta, **PSČ**

státní příslušnost, **zdravotní stav**

(zde prosím uveďte případné zdravotní omezení)

telefon **mobil**

e-mail

Žák/žákyně navštěvuje **třídu** **školy**

v

Jméno otce **telefon/mobil**

Jméno matky **telefon/mobil**

Dávám tímto souhlas ZUŠ Libčice nad Vltavou k tomu, aby zpracovala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu ustanovení zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000Sb. o evidenci obyvatel a rodných čísel v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace, mimoškolní akce, pojištění žáků, popřípadě zveřejňování fotografií na internetových stránkách a vývěškách školy, v tisku a pro ostatní účely spojené s chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu archivace všech povinných dokumentů. Souhlas uděluji pouze výše uvedené škole, která nesmí bez zákonem stanovených případů poskytovat tyto osobní a osobní citlivé údaje dalším osobám a subjektům.

V Dne

Podpis zákonného zástupce

