



Z Á K L A D N Á Š K O L A

Školská 3, 053 04 Spišské Podhradie

P-2024/

Číslo protokolu / rozhodnutia R-2024/.....

Šk. rok: 2024/2025

Informovaný súhlas zákonného zástupcu, záväzné oznamy a pokyny

Dole podpísaný/podpísaná

/

meno a priezvisko, titul zákonného zástupcu dieťaťa

zákonný zástupca dieťa

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

RČ:

svojim podpisom dávam súhlas uvedenej základnej škole na:

- používanie osobných údajov môjho dieťaťa a to: mena a priezviska, dátumu a miesta narodenia, rodného čísla, adresy trvalého bydliska, štátnej príslušnosti, národnosti pre potreby výchovy a vzdelávania, pre účasť na súťažiach, olympiádach, kurzoch a školských pobytoch, pre vypracovanie zoznamov na dotácie, pre interné spracovanie podkladov školského registra,
- používanie vyššie uvedených osobných údajov (fotografií) môjho dieťaťa na internetovej stránke školy, na prezentáciu školy v médiách a pre dokumentačnú archíváciu,
- spracovanie záznamov (videozáznamov) pre evalvačný mechanizmus školy, pre analyticko-pedagogickú prácu metodických a poradných orgánov,
- zúčastňovanie sa môjho dieťaťa na vychádzkach, exkurziách a športových aktivitách a školských výletoch organizovaných školou podľa plánu na daný školský rok. Beriem na vedomie, že na dopravu pri realizácii daných aktivít sa môžu používať aj hromadné dopravné prostriedky a dieťa musí mať zabezpečenú stravu.

Z dôvodov bezpečnosti - podľa vnútorného poriadku školy nemajú deti dovolené zdržiavať sa bez dozoru na školskom dvore mimo aktivít realizovaných ZŠ a mimo času prevádzky ZŠ. V prípade, že moje dieťa toto nariadenie poruší, preberám plnú zodpovednosť za následky, ktoré môžu z toho vyplývať. Som si vedomý, že ak moje dieťa poruší vnútorný poriadok školy, riaditeľ školy rozhodne o uložení výchovných opatrení.

Zaväzujem sa, že neodkladne oznámim triednemu učiteľovi výskyt infekčnej choroby v rodine, alebo v najbližšom okolí, ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou, každé očkovanie dieťaťa. Ďalej sa zaväzujem, že vždy oznámim triednemu učiteľovi prípadné zhoršenie zdravotného stavu dieťaťa.

Zaväzujem sa, že ak prihlásim dieťa do ŠKD, CVČ, ŠJ, budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov v ŠKD, CVČ a ŠJ v zmysle príslušných § zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN (všeobecne záväzným nariadením obce).

Svojim podpisom dávam súhlas a potvrdzujem, že som porozumel vyššie uvedeným skutočnostiam a boli mi dané všetky potrebné (požadované) informácie.

V Spišskom Podhradí dňa dátum zápisu

/

podpis zákonných zástupcov dieťaťa