



Základní škola a Mateřská škola Oty Pavla Buštěhrad, okres Kladno  
Tyršova 77  
263 43 Buštěhrad  
zastoupena: Mgr. Václavem Bartákem

V Buštěhradě dne .....

Č.j.: ZŠMŠB ...../2026 (vyplní škola)

## **Žádost o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání** (podle ust. § 36 zákona 561/2004 Sb.)

Žádám o přijetí dítěte k povinné školní docházce do Základní školy a Mateřské školy Oty Pavla Buštěhrad, okres Kladno ve školním roce 2026/27.

Jméno a příjmení dítěte: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Datum narození: ..... rodné číslo: .....

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Datum narození: .....

Kontaktní adresa: (adresa pro doručování písemností, liší-li se od trvalého bydliště):

.....  
Doplňující informace k žádosti rodiče uvádějí v příloze k této žádosti (Doplňující informace k žádosti).

.....  
podpis zákonného zástupce

V souladu s §36 a §38 zákona 500/2004 Sb., správní řád ve znění pozdějších předpisů máte možnost jako zákonný zástupce účastníka řízení vyjádřit se k podkladům rozhodnutí a nahlížet do spisu účastníka řízení dne 6. 3. 2026 od 13.00 do 15.00 v ředitelně školy.

Podpis zákonného zástupce účastníka řízení: .....





**Doplňující informace k žádosti**

(Příloha k žádosti o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání)

**Kontaktní informace o dítěti**

jméno a příjmení dítěte: .....

rodné číslo: ..... datum narození: .....

státní občanství: ..... místo narození: .....

trvalé bydliště: .....

Pokud je přihlašované dítě cizím státním příslušníkem, uveďte typ pobytu v ČR.

Navštěvovalo dítě MŠ:                      ANO                      NE

MŠ (adresa) .....

Mělo dítě minulý rok odklad:                      ANO                      NE

Pokud ano, uveďte adresu školy, kde bylo zapsáno a kde jste žádali o odklad školní docházky:

.....

Máte již účet na Edupage (Vaše starší dítě je nebo bylo v naší škole)?      ANO                      NE

Dítě bude navštěvovat školní jídelnu:      ANO                      NE

Dítě bude navštěvovat školní družinu:      ANO                      NE

Zdravotní pojišťovna dítěte: .....

Zdravotní stav: (alergie, vývojové poruchy, v péči logopeda, PPP, chronické onemocnění):

.....

**Kontaktní informace o zákonných zástupcích**

**Matka**

jméno, příjmení: .....

bydliště: .....

ID datové schránky: .....

telefon: ..... email: .....

**Otec**

jméno, příjmení: .....

bydliště: .....

ID datové schránky: .....

telefon: ..... email: .....





## GDPR

Zástupce dítěte

jméno, příjmení: .....

bydliště: .....

ID datové schránky: .....

telefon: ..... email: .....

*Zákonný zástupce/zástupci berou na vědomí, že poskytují uvedené osobní údaje nadepsané základní škole (správci) k tomu, aby zpracovávala osobní údaje v souladu se zák. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR). Osobní údaje poskytují pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření, mimoškolních akcí školy jako školní exkurze, školy v přírodě a lyžařské kurzy, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění žáků a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Údaje jsou poskytovány na celé období školní docházky mého dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje. Údaje poskytují pouze uvedené škole, která bez právních předpisů stanovených případů nesmí tyto osobní a citlivé osobní údaje poskytnout dalším subjektům. Prohlašuji, že byl/i poučen/i o právech subjektu údajů a o informacích správce o zpracování osobních údajů.*

V ..... dne .....

.....

Podpis zákonného zástupce



