

**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:		
<p><i>Beru na vědomí, že studium může být ukončeno, jestliže neuhradím úplatu za vzdělání ve stanoveném termínu.</i></p> <p><i>Stvrzuji svým podpisem, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé.</i></p> <p><i>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, zaměstnavatel).</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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></p>		
V .....	Podpis zletilého žáka nebo zákonného zástupce nezletilého žáka:	
dne .....	.....	

Příhlášku odevzdejte společně se zprávou očního lékaře.