

EVIDENČNÍ FORMULÁŘ PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Informujeme Vás, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), že správce osobních údajů bude zpracovávat níže uvedené informace o Vás a Vašich dětech pro účel zařazení těchto informací do školní matriky dle § 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Tyto informace budeme uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

Z pozice subjektu údajů Vám a Vašemu dítěti náleží práva stanovená v čl. 15 až čl. 22 GDPR.

Jmenovitě se jedná o následující práva:

- a) právo na přístup k osobním údajům
- b) právo na opravu osobních údajů
- c) právo na výmaz a právo být zapomenut
- d) právo na omezení zpracování
- e) právo na přenositelnost osobních údajů
- f) právo vznést námitku
- g) právo nebýt předmětem automatizovaného zpracování

V případě dotazů neváhejte kontaktovat pověřence pro ochranu osobních údajů na telefonním čísle 312 604 445, případně na emailové adrese poverenec@mestokladno.cz.

Identifikace správce

Název organizace: Mateřská škola Kladno, Švýcarská 2520
IČ: 751 51 227
Adresa sídla: Švýcarská 2520, 272 01 Kladno
Statutární orgán: Magistrát města Kladna

Osobní údaje dětí

Jméno: _____ Příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa korespondenční: _____

Datum a místo narození: _____

Rodné číslo: _____

Kód pojišťovny: _____ Státní příslušnost: _____

Ošetřující lékař: _____ Zdravotní stav dítěte: _____

Mateřská škola Kladno, Švýcarská 2520

Lékařský posudek v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., zákon o ochraně veřejného zdraví:

1. dítě je zdravé a může být přijato do mateřské/základní školy: Ano Ne
2. dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
- zdravotní
 - tělesné
 - smyslové
 - jiné Napište jaké: _____
3. Očkování proti: _____
4. Alergie: _____
5. Užívané léky: _____
6. Může se dítě účastnit akcí školy – plavání, solná jeskyně, výlety ? Ano Ne
7. Další sdělení*: _____

*např. levorukost, logopedie, chronická onemocnění, strach z výšek a jiné okolnosti, které rodiče považují za důležité

V _____ dne _____ razítko a podpis lékaře: _____

Osobní údaje zákonných zástupců

Matka

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Email: _____

Datum narození*: _____

* vyplnit jen v případě často užívaného jména (např. Jan Novák) pro lepší identifikaci

Otec

V _____ dne _____ Podpis rodičů: _____