VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA, STŘEDNÍ ŠKOLA, ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA, HRADEC KRÁLOVÉ, ŠTEFÁNIKOVA 549

PŘIHLÁŠKA K UBYTOVÁNÍ ZŠ / SOU / SŠ

ŠKOLNÍ ROK: 2023/2024

Příjmení:	**Rodné číslo:**
Jméno:	**Číslo OP:**
Datum narození:	**Státní občanství:**
Místo narození:	**Kód zdravotní pojišťovny:**
Telefon uchazeče:	**E-mail uchazeče:**

Adresa trvalého bydliště	**Ulice nebo obec, č. p:**	
	Místo:	**PSČ, pošta:**
	Kraj:	

Zdravotní stav uchazeče a užívané léky:
(Přiložte aktuální lékařskou zprávu)

Problémy, které kladou zvýšené požadavky na pedagogický sbor:

Název školy	**Vyšší odborná škola, Střední škola, Základní škola a Mateřská škola**
Adresa školy	**Štefánikova 549/27, Hradec Králové 500 11**
Studijní obor:	**Ročník:**

<u>Zaškrtněte:</u>

□ **sluchová vada**
□ **logopedická vada**
□ **kombinovaná vada**
□ **bez zdravotního postižení**

□ **jiné ……**

Mám zájem o stravování ve školní jídelně: □ ano □ ne

Jiná sdělení vychovateli:
Jsem kuřák: □ ano □ ne

Zákonní zástupci	**Otec**	**Matka**	**Jiný zástupce**
Jméno			
Příjmení			
Adresa trvalého bydliště			
Kontaktní e-mail			
Telefon – bydliště			
Tel.– zaměstnání			

V případě, že existuje pouze jeden zákonný zástupce, nebo zákonný zástupce není rodič, je třeba tuto skutečnost průkazným způsobem doložit formou přílohy k této přihlášce.

Adresa a e-mailová adresa, na kterou chcete zasílat zprávy v listinné a v elektronické podobě:

Prohlašuji (jeme), že veškeré uvedené údaje v Přihlášce k ubytování jsou pravdivé.

Souhlasím, aby můj syn (moje dcera) chodil (a) na vycházky:

□ **samostatně bez omezení**

□ **jen s vychovatelem/vychovatelkou**

Rekreační plavaní

Souhlasím, aby Váš syn/Vaše dcera ……

chodil/la na rekreační plavaní.

Vyzvednutí žáka ze školy

Páteční služba od 11 hodin do 15:00 hodin

Vašeho syna/Vaší dceru …….

mohou vyzvedávat tyto osoby:

Matka:…….

Otec:…….

Jiné: ……..

V případě doprovodu jiné osoby je nutné doložit plnou moc od rodičů této osobě.

Prosíme, dodržujte čas vyzvednutí dítěte ze školy do **15:00h .** **Pokud si dítě nevyzvednete nejpozději do 15:15 hodin a nepodáte o sobě zprávu, jsme nuceni o této situaci informovat Policii ČR a orgán sociálně-právní ochrany dětí.**

Souhlasím, aby můj syn (moje dcera) odcházel/a ze školy:

□ **s doprovodem rodiče (nebo jiné osoby)**

□ **bez doprovodu**

V……..…… dne:……

Podpis zákonného zástupce: …… Podpis žáka: ……

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA, STŘEDNÍ ŠKOLA,
ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA,
HRADEC KRÁLOVÉ, ŠTEFÁNIKOVA 549

ABC o sluchu a komunikaci – podpora inkluzivního vzdělávání z.s.

Vážení rodiče,

v rámci výchovně – vzdělávací činnosti internátu se mohou Vaše děti zúčastnit zájmových kroužků či různých kulturních aktivit, za které nemusíte platit.

Chybějí nám však finanční prostředky na zakoupení sladkostí na svátek sv. Mikuláše, zajištění ovoce při tradiční slavnostní vánoční večeři, na nákup drobných dárků jako odměn do soutěží, na poplatky za plavecký bazén, vstupné (výstavy, muzeum, divadlo, kino) ap.

Na celý školní rok se jedná o částku 500,- Kč za dítě nebo žáka Finanční prostředky budou zaúčtovány do *ABC o sluchu a komunikaci – podpora inklusivního vzdělávání z.s.* – jedná se o zapsaný spolek při VOŠ, SŠ, ZŠ a MŠ, Štefánikova 549, Hradec Králové.

Zaplacení příspěvku a Váš podpis slouží zároveň jako Vaše přihláška do ABC.

Platbu přijímáme v hotovosti spolu s přihláškou k ubytování.

Platba na účet je možná pouze po předchozí domluvě a následném doložení potvrzení o provedené platbě – č. ú.: 162575544/0300 VS: 20232024 do poznámek prosím uvádějte příjmení žáka.

Váš syn/Vaše dcera: ……

Datum narození: ……..

S osobními údaji na přihlášce je nakládáno v souladu s nařízením evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 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).

V……..…… dne:……

Podpis zákonného zástupce: …… Podpis žáka: ……

Souhlas zletilého žáka a studenta nebo zákonného zástupce nezletilého žáka s orientačním testováním žáka na přítomnost OPL

Souhlasné prohlášení zákonného zástupce k možnosti orientačního testování přítomnosti návykových látek v lidském organismu v průběhu školního roku **2023/2024**

Způsob testování:

Testování na přítomnost **alkoholu pomocí dechové zkoušky, v případě přítomnosti OPL pomoci zkoušky z moči, slin nebo potu.**

Jméno žáka: ……

Datum narození: ……

Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého syna/dcery, **existuje – li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho/jejího zdraví.**

Podle ustanovení §16 odst. 5. zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů, pokud osoba odmítne vyšetření, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

Beru na vědomí, že v případě pozitivního nálezu orientačního testu jsem povinen uhradit veškeré náklady spojené s provedením testu.

V……..…… dne:……

Podpis zákonného zástupce: …… Podpis žáka: ……