



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

PŘIHLÁŠKA K UBYTOVÁNÍ ZŠ / SOU / SŠ

ŠKOLNÍ ROK: 2024/2025

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: PSC, pošta:		
	Kraj:		
Zdravotní stav uchazeče a užívané léky: (Přiložte aktuální lékařskou zprávu)			
Omezení, která 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:	
Zaškrtněte:			
<input type="checkbox"/> sluchová vada			
<input type="checkbox"/> logopedická vada			
<input type="checkbox"/> kombinovaná vada			
<input type="checkbox"/> bez zdravotního postižení			
<input type="checkbox"/> jiné			
Mám zájem o stravování ve školní jídelně:		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Uchazeč je kuřák:		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jiná sdělení vychovateli:			
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.

E-mailová adresa pro elektronickou komunikaci:

Adresa pro listinnou komunikaci:

**Prohlašuji, že jsem se seznámila/seznámil s VŘI v okamžiku podání této přihlášky.
Souhlasím s neprodleným vyzvednutím dcery/syna v případech nemoci dle ustanovení uvedených ve VŘI.**

Souhlasím, aby moje dcera/syn chodila/chodil na vycházky:

- samostatně bez omezení
 jen s vychovatelem/vychovatelkou

Rekreační plavání

Souhlasím, aby Moje dcera/Můj syn chodila/l na rekreační plavání. ano ne

Vyzvednutí žáka ze školy

Páteční služba od 11:00 hodin do 15:00 hodin

Vaší dceru/Vašeho synamohou vyzvedávat tyto osoby:

Matka:.....

Otec:

Jiné:

V případě doprovodu jiné osoby je nutné doložit plnou moc od rodičů/zákonného zástupce zplnomocňující tuto osobu.

Žádáme o dodržení času vyzvednutí dítěte ze školy do 15:00 hod. 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

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje v Přihlášce k ubytování jsou pravdivé a úplné, odpovídají době podání a že jsem nic nezamlčela/nezamlčel.

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.

Vážený 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 dáreků jako odměn do soutěží, na poplatky za plavecký bazén, vstupné (výstavy, muzeum, divadlo, kino) apod.

Na celý školní rok se jedná o částku 500,- Kč za žáka. Finanční prostředky budou zaúčtovány do *ABC o sluchu a komunikaci - podpora inkluzivního 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 – Číslo účtu: 162575544/0300 Variabilní symbol: 20242025 do poznámek uvádějte příjmení žáka/studenta.

Vaše dcera/syn:

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:



Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních

Souhlas s testováním na alkohol a OPL

Souhlasím s orientačním testováním kontroly přítomnosti návykových látek v organismu mé dcery/ syna **existuje – li důvodné podezření** z požití, aplikace či ovlivnění návykovou, omamnou nebo psychotropní látkou.

Způsob testování:

Přítomnost **alkoholu** pomocí orientační dechové zkoušky,

Přítomnost **OPL** pomocí zkoušky z moči, slin nebo potu.

Jméno žáka:

Datum narození:

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 žáka/studenta

V dne:

podpis zákonného zástupce