

## 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](mailto:poverenec@mestokladno.cz).

### Identifikace správce

Název organizace: <b>Mateřská škola Kladno, Švýcarská 252</b>
IČ: <b>751 51 227</b>
Adresa sídla: <b>Švýcarská 2520, 272 01 Kladno</b>
Statutární orgán: <b>Magistrát města Kladna</b>

### Osobní údaje dětí

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

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. Další sdělení\*: \_\_\_\_\_

---

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

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

### Osobní údaje zákonných zástupců

**Matka**

**Otec**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Datum narození:\* \_\_\_\_\_

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

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis rodičů: \_\_\_\_\_