**NÁVRATKA**

* Pokud Váš syn/dcera nastoupí ke studiu, jsme povinni podle § 28 zákona 561/2004 Sb. (školský zákon) vést **školní matriku,** která obsahuje zejména osobní údaje žáka. Aby tyto údaje byly správné, prosíme Vás o jejich přesné zadání a kontrolu. Osobní údaje jsou chráněny zák. 525/2004 Sb. (o ochraně osobních údajů), nebudou proto poskytovány třetím osobám ani jinak zneužívány. K dispozici budou dány pouze osobám, které jsou v tomto smyslu podle právního předpisu oprávněné.
* **Vyplněnou návratku prosím odevzdejte či zašlete na adresu Střední zdravotnické školy, Opava, příspěvkové organizace, Dvořákovy sady 2/176, 746 01 Opava, nebo na e-mail školy: kancelar@zdrav-sk.opava.cz**
* **Prosíme o zadání hodnot k datu 1. září 2022.**

**Příjmení a jméno žáka:**

 /

**Datum narození: Rodné číslo:**

**Místo a okres narození:**

**Národnost: Státní příslušnost:**

**Zdravotní pojišťovna: Číslo občanského průkazu:**

**Žák:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **trvalé bydliště:**  | **Datová schránka****doručovací adresa (není-li shodná s trvalým bydlištěm):** | **telefon, e-mail:**  |
|  |  |  |

**Zákonný zástupce 1 (jméno a příjmení):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **trvalé bydliště:**  | **Datová schránka****doručovací adresa ( není-li shodná s trvalým bydlištěm):** | **telefon, e-mail:**  |
|  |  |  |

**Zákonný zástupce 2 (jméno a příjmení):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **trvalé bydliště:**  | **Datová schránka****(doručovací adresa) není-li shodná s trvalým bydlištěm:** | **telefon, e-mail:**  |
|  |  |  |

**Dosažený stupeň vzdělání** *(zaškrtněte)***:** □ základní □ střední s výučním listem □ střední s maturitou

**Odkud se žák hlásí** *(zaškrtněte)***:** □ ZŠ □ SŠ □ jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Název školy, ze které se hlásí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poslední ukončený ročník školy, ze které se hlásí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obor (uveďte jen tehdy, hlásíte-li se ze střední školy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Předchozí vzdělávání:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Základní škola – název | rok zahájení docházky | rok ukončení docházky  | průběh vzdělávání **\****(zadejte kód, např. ŘV)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Střední škola – název, obor (uveďte jen tehdy, hlásíte-li se ze střední školy) | rok zahájení docházky | rok ukončení docházky  | průběh vzdělávání **\****(zadejte kód, např. ŘV)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **\*** řádné vzdělávání – **ŘV**, řádné vzdělávání po přerušení – **ŘVP**, opakování ročníku – **O**, přeřazení do vyššího ročníku (bez absolvování předchozího ročníku) – **VR**, zařazení do nižšího ročníku (bez opakování ročníku) – **NR**, přerušení vzdělávání – **P**, vzdělávání ukončeno – **U**

**Studium cizích jazyků:**

|  |  |
| --- | --- |
| cizí jazyk | počet let studia na ZŠ, příp. SŠ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 Na Střední zdravotnické škole v Opavě si zvolím jako druhý povinný cizí jazyk *(zaškrtněte)***:**

□ jazyk německý □ jazyk ruský

**Zdravotní stav:**

Zdravotní postižení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZPS: dyslexie □ dysgrafie □ dysortografie □ dyskalkulie □ jiné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zodpovídám za správnost uvedených údajů.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupce žáka/zletilého žáka