Škola Sokolnictví Jana Marka

**P Ř I H L Á Š K A**

**N a š k o l n í r o k .....................**

**Jméno a příjmení:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**Datum narození:** ……………………………………….. **Rodné číslo: ……………………………………………………**

Adresa trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………………………………………

Zdravotní pojišťovna………………………………………………………………………………………………………………….

Jméno a příjmení zákonného zástupce (v případě nezletilého žáka)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kontaktní adresa zákonného zástupce (pokud se liší od adresy dítěte):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon na uchazeče: ……………………………Telefon na zákonného zástupce: ……………………………….

Email: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum zahájení:** | **Datum ukončení:** |
|

Údaje o zdravotní způsobilosti, popř. o zdravotních obtížích:

## (V případě nezletilých uchazečů vyjádření zákonných zástupců dítěte)

Uchazeč je zdravotně způsobilý: ANO / NE

**Zákonný zástupce souhlasí:**

1. Aby jeho dítě navštěvovalo vybrané zájmové vzdělávání – školu sokolnictví.
2. S fotografováním dítěte v rámci činnosti, s archivací fotografií a s jejich použitím při prezentaci a propagaci zájmové činnosti - kroniky, tisk, internet...
3. S výší zápisného, jeho splatností, povinnostmi účastníka činnosti, vnitřním řádem a náplní zájmového vzdělávání i s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb.

Dítě může chodit ze zájmového útvaru bez doprovodu domů: ANO - NE

V……….…………… dne ......................... ...........................................

 podpis zákonného zástupce dítěte

 (u starších 18ti let podpis účastníka)