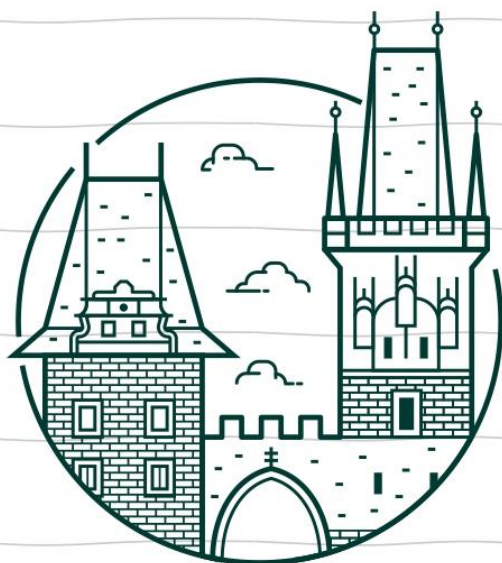




Nástupní dokumenty

15–17 let

2025/2026

KDM

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽÁKA/ ŽÁKYNĚ:

SOUHLASNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

(předání v den nástupu k ubytování)

dle zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v přímé souvislosti se zákonem č. 561/2004 Sb., školský zákon, v souladu s vyhláškou 108/2005 a zákonem 110/2019 o zpracování OU, v aktuálním znění všech uvedených dokumentů.

Já, níže podepsaný/á (jméno, příjmení):

bytem:

jako zákonný zástupce (jméno ubytované/ho).....

ubytované/ho v KDM, sídlo: Francouzská 585/1, Praha 2.

I. Uděluji svému dítěti, které nenabylo zletilosti, ve shodě se zvyklostmi soukromého života souhlas k tomuto právnímu jednání:

1) **Může v době docházky do školy, osobního volna, zájmové činnosti organizované jinou institucí a vycházek opustit domov mládeže (DM).** Jsem si vědom/a, že moje dítě tráví tuto dobu mimo DM na vlastní nebezpečí a jsem si vědom/a, že v této době za něho DM nenese právní odpovědnost. Jsem si vědom/a, že je mým právem omezit ho v uplatňování práv vyplývajících z Vnitřního řádu DM (např. omezením vycházek).

2) Jsem si vědom/a, že moje dítě přesun do místa trvalého bydliště pomocí MHD a prostředků veřejné dopravy zvládne samo a na vlastní nebezpečí a jsem si vědom/a, že v této době za něho DM nenese právní odpovědnost.

3) **Respektuji požadavek DM, že v případě mimořádného odjezdu žáka z DM v průběhu pracovního týdne, musím požádat DM o jeho uvolnění k odjezdu** (písemně), v případě akutního onemocnění či úrazu musí být odjezd nezletilého žák z DM zajištěn zákonným zástupcem – osobní vyzvednutí, či předání žáka pověřené osobě s písemným souhlasem zákonného zástupce.

4) **Žák je vybaven základní sadou léků a náležitě poučen u jejich užívání.** Ať už se jedná o dlouhodobou medikaci, nebo základní volně prodejné léky na běžné akutní onemocnění. Ví, že o každém onemocnění či úraze musí informovat vychovatelku. Současně bez zbytečného odkladu sdělím zaměstnancům DM informace o případné medikaci vztahující se k léčbě dítěte. Nepožaduji, aby zaměstnanci DM sledovali, zda dítě případné léky užívá.

5) **Respektujeme nulovou toleranci DM vůči psychoaktivním látkám, jejich vnášení, přechovávání, distribuci a užívání** (OPL, alkoholu a tabákových výrobků včetně elektronických cigaret a vodních dýmek). Při důvodném podezření na zneužívání či manipulaci s návykovými látkami činí DM opatření k ochraně zdraví dítěte – kontaktuje ZZS, Policii ČR, plní tím svoji zákonnou povinnost. DM není schopen zajistit nad dítětem, které užilo psychoaktivní látku, náležitý dohled – předává je tedy do péče ZZS nebo zákonného zástupce. **Moje nezletilé dítě je schopno v mezích souhlasu samo ve výše uvedených věcech právně jednat. Jako zákonný zástupce prohlašuji, že právní jednání, k němuž jsem nezletilou osobu pověřil, je přiměřené jeho rozumové, mravní a volní vyspělosti.**

II. Dále jako zákonný zástupce vydávám toto souhlasné prohlášení:

1) Jsem si vědom/a toho že domov mládeže **zpracovává osobní údaje ubytovaného žáka/žákyně a kontaktní údaje jeho zástupců** za účelem vedení školní matriky dle § 28 odst. 1 a 3 zákona 561/2005 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, popřípadě evidence ve

školní jídelně. Toto zpracování je prováděno v souladu s Nařízením EP a Rady EU a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Jsem si vědom/a svého práva na přístup k těmto údajům na základě žádosti podané správní osobních údajů (ředitelce) i své **povinnosti aktualizovat údaje uvedené na přihlášce k ubytování v případě jejich změny**. Dále беру na vědomí, že DM zpracovává mnou poskytnuté číslo účtu u peněžního ústavu za účelem úhrady školských služeb.

2) Beru též na vědomí, že z důvodu prevence ochrany zdraví, majetku a vandalismu je oprávněným zájmem domova **zpracovávat videozáznamy pořízené kamerovým systémem, který monitoruje především vstupní a společné prostory, prostory v 1.PP (obzvláště fitcentra a keramické dílny), terasu a plášť budovy**. Monitorované prostory jsou označeny a žáci budou poučeni po nástupu k ubytování.

3) **Pro případ mimořádné události** (např. úraz, nevolnost, doprovod k lékaři či na kulturní akci apod.), kdy nebude k dispozici žádný z uvedených zákonných zástupců, **pověřuji jako kontakt:**

Jméno a příjmení	Adresa	Telefonní číslo

Potvrzuji, že jde o osobu/y spolehlivou/é a bezúhonnou/é a je možné jí/jim svěřit mé dítě po dobu nezbytně nutnou.

4) **Beru na vědomí ceny služeb a platební podmínky** obsažené v Rozhodnutí o úplatě za ubytování v DM (dostupnost na webových stránkách, podstatné informace byly uvedeny ve sdělení o přijetí do DM). Jsem si vědom/a případných následků plynoucích z neuhrazení záloh na ubytování, příp. stravování v daném termínu.

5) **Seznámil/a jsem se s Vnitřním řádem KDM**, беру jej na vědomí a jsem si vědom/a svých práv a povinností.

6) Zde prosím uveďte své e-mailové adresy, ze kterých budeme přijímat zprávy a omluvenky od Vás. **Zprávy přijaté z jiných adres nebudou zohledněny**. Zároveň souhlasím s tím, aby běžná korespondence z DM byla zasílána e-mailem.

1	e-mail	
2	e-mail	

7) **Souhlasím – nesouhlasím s prodejem či darováním výtvorů svého dítěte (mohou být označeny jeho jménem) pro dobročinné účely.**

8) Jsem si vědom/a toho, že mé **dítě odpovídá za škodu**, kterou způsobí při pobytu a výchově v DM nebo jiných činnostech s ubytováním souvisejících, a to v souladu se zákonem č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 391 odst. 1.

9) **Souhlasím – nesouhlasím s testováním mého dítěte při podezření na přítomnost alkoholu, omamných a psychotropních látek v těle v době ubytování v KDM.**

10) Prohlašuji, že jsem domovu mládeže nezatajil/a důležité **informace o zdravotním stavu mého dítěte**, které upřesňuji níže (viz Příloha 1 – Zdravotní informace). Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé a úplné.

11) Prohlašuji, že jsem **uvedl/a seznam soukromých elektrospotřebičů**, které v DM užívá mé nezletilé dítě (viz Příloha 2 – Seznam soukromých elektrospotřebičů).

12) Prohlašuji, že **s obsahem tohoto souhlasného prohlášení jsem své nezletilé dítě seznámil/a poučil/a ho**.

Zde je prostor pro uvedení dalších informací ze strany rodičů, které mohou mít vliv na poskytování našich služeb:

V případě dosažení plnoletosti žákem v průběhu školního roku, bude žákem podepsán aktuálně platný informovaný souhlas zletilého žáka. Práva i povinnosti rodičů však zůstávají zachovány – viz podrobně VŘDM.

V dne:

.....

Podpis zákonného zástupce

UDĚLENÍ SOUHLASU S POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ **(souhlas uděluje a podepisuje ubytovaná osoba starší 15 let)**

Správce osobních údajů: Křesťanský domov mládeže a školní jídelna u sv. Ludmily, Francouzská 585/1, 120 00 Praha 2, IČO: 27443108

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Ve vztahu k ochraně a zpracování osobních údajů respektuji povinnost DM vést o mně zákonem stanovenou povinnou dokumentaci, její účelné využití (poskytnutí inf. ZZS, řešení pojistné události, školního úrazu, za účelem vedení elektronické databáze pro školská zařízení) a zákonnou lhůtu stanovenou pro její archivaci. Souhlas uděluji dobrovolně, z jeho udělení neplynou žádné zákonné povinnosti.

Souhlas dále uděluji:

a) S pořizováním a se zveřejňováním mých fotografií, filmových záznamů a zvukových nahrávek, které mě zachycují při aktivitách KDM pro účely propagace KDM a zdokumentování jeho aktivit. Fotografie mohou být zveřejněny na webu KDM, sociální síti Facebook (profil KDM) a ve vnitřních prostorách KDM. Souhlas uděluji na dobu ubytování v KDM a na dobu 5 let po ukončení poskytování ubytovacích služeb ze strany KDM.

☐ ano ☐ ne

b) S prezentací svých prací vytvořených v KDM mimo prostory domova (na soutěžích, výstavách či přehlídkách). Souhlas uděluji na dobu ubytování v KDM a na dobu 5 let po ukončení poskytování ubytovacích služeb ze strany KDM.

☐ ano ☐ ne

c) Se zveřejněním svých osobních údajů (jméno, příjmení, fotografie, úspěchy, spojení s vytvořeným dílem) při zpracování almanachu KDM a propagačních materiálů KDM za účelem propagace KDM a zdokumentování jeho činnosti. Souhlas uděluji na dobu ubytování v KDM a na dobu 30 let po ukončení poskytování ubytovacích služeb ze strany KDM.

☐ ano ☐ ne

d) Se zveřejňováním svých výsledků (úspěchů) v různých soutěžích, olympiádách, SOČ, projektech apod. pořádaných KDM, dalšími školami a školským zařízením či jinými subjekty. Výsledky (v rozsahu jméno, příjmení, úspěch, fotografie) mohou být zveřejněny na webu KDM, na sociálních sítích a v tisku. Souhlas uděluji na dobu ubytování v KDM a na dobu 5 let po ukončení poskytování ubytovacích služeb ze strany KDM.

☐ ano ☐ ne

Uvedené osobní údaje budou zpracovávány v listinné i v elektronické podobě. Na základě těchto údajů nebudou činěna žádná rozhodnutí výlučně automatizovanými prostředky. ***Svůj souhlas můžete kdykoliv odvolat bez jakýchkoliv sankcí.*** Pokud souhlas odvoláte, není tím dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před tímto odvoláním. Pokud budete mít výhrady ke zpracování osobních údajů, můžete podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů. Sídlo: Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.

Prohlašuji, že jsem plně porozuměl/a výše uvedeným informacím.

V..... dne.....

.....

Podpis nezletilé/ho žáka/yně

Příloha 1 – ZDRAVOTNÍ INFORMACE

ALERGIE

- Uveďte prosím, jakými alergiemi trpí dívka/chlapec (včetně alergie lékové, alergie na dezinfekční roztoky, náplasti apod.). Tyto informace budou předány lékaři v případě zdravotních problémů.

.....
.....

- Tyto alergie se projevují:

.....
.....

EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT

- Vyskytl se u dívky/chlapce někdy EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT?

ANO NE

- Pokud ano, uveďte, zda jsou tyto záchvaty pravidelné.

ANO NE

- **Trpí-li dívka/chlapec epilepsií**, popište prosím všechny příznaky: průběh, četnost, první pomoc apod. Uveďte i telefonní číslo na lékaře, který dítě léčí a má o průběhu nemoci dokumentaci. Tento kontakt bude v případě záchvatu předán lékaři RZP.

.....
.....

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ (prosím zaškrtněte)

- | | |
|---|------------------------------------|
| • infekční žloutenka | • mononukleóza |
| • spála | • časté angíny |
| • průšnice | • opakované infekce močových cest |
| • plané neštovice | • opakované infekce dýchacích cest |
| • zarděnky | • covid-19 |
| • jiné (vypište prosím ty, které se často opakují) | |

.....
.....

NEUROLOGICKÉ PROBLÉMY

- Léčí se dívka/chlapec na NEUROLOGII? ANO NE

Uveďte prosím důvody léčby:
.....

PRODĚLANÉ OPERACE

.....
.....

CHRONICKÉ POTÍŽE (prosím zaškrtněte)

- bolesti páteře
- bolesti kloubů
- ekzémy
- zažívací obtíže
- časté bolesti hlavy
- jiné (vypište prosím)
- sklon ke kolapsovým stavům
- silné menstruační bolesti
- chudokrevnost
- nespavost
- psychické problémy

.....

.....

PSYCHICKÉ PROBLÉMY

- Léčí se dívka/chlapec na PSYCHIATRII? ANO NE

Uveďte prosím, z jakého důvodu:

.....

.....

.....

- Užívá dívka/chlapec léky OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU? ANO NE

Uveďte prosím léky, které užívá, a jejich případné projevy na psychickém stavu dívky/chlapce.

.....

.....

- Dochází dívka/chlapec do PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY? ANO NE

Uveďte prosím, z jakého důvodu:

.....

.....

- Má dívka/chlapec lékařem nařízena nějaká OMEZENÍ DENNÍHO REŽIMU? ANO NE

Uveďte prosím jaká:

.....

MEDIKAMENTY

- Užívá dívka/chlapec nějaké léky? TRVALE PŘI OBTÍŽÍCH

Pokud ano, je **nutné mít tyto léky u sebe** včetně léků, které **užívá příležitostně** (např. na bolesti hlavy, svalů, při menstruačních bolestech apod.).

Vážení rodiče, máte-li ještě nějaké další informace, které považujete za důležité nám sdělit, uveďte je zde. V případě zdravotních obtíží vaší dcery/vašeho syna nám pomohou lépe se orientovat ve vzniklé situaci.

.....

.....

Příloha 2 – SEZNAM SOUKROMÝCH ELEKTROSPOTŘEBIČŮ

Ve školním roce 2025/2026 budu v KDM používat tyto vlastní elektrospotřebiče a elektrické přístroje (notebooky, mobilní telefony, tablety, smoothie makery, budíky atd.). Uvedené věci předložím k technické revizi podle pokynů KDM.

Pro případ krádeže doplňte prosím výrobní číslo mobilního telefonu nebo IMEI.

	Název spotřebiče a jeho značka	Výrobní číslo, IMEI
1		
2		
3		
4		
5		
6		