

č.j.:

Zápisní list pro školní rok 2024/2025

ŽÁDOST O PŘIJETÍ ŽÁKA DO 1. ROČNÍKU ZÁKLADNÍ ŠKOLY

(Údaje jsou důvěrné dle zákona 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů)

Prosíme, vyplňte čitelně (HŮLKOVÝM PÍSMEM).

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE :		
DATUM NAROZENÍ:	MÍSTO NAR.:	R.ČÍSLO:
MÍSTO TRVALÉHO BYDLIŠTĚ:		
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:	STÁTNÍ OBČANSTVÍ	
RODIČE, ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽÁKA		
Otec:	Jméno a příjmení:	
	Adresa trvalého pobytu:	
	Adresa pro doručování písemností	
	Telefonické spojení, e-mail:	
Matka:	Jméno a příjmení:	
	Adresa trvalého pobytu:	
	Adresa pro doručování písemností	
	Telefonické spojení, e-mail:	
RODIČ, JEMUŽ BYLO DÍTĚ NA ZÁKLADĚ SOUDNÍHO ROZHODNUTÍ SVĚŘENO DO PÉČE /otec, matka, střídavá péče - DOKLAD/:		
ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE /pokud jím není otec nebo matka dítěte/:		
KONTAKTNÍ OSOBA PRO PŘÍPAD MIMORÁDNÉ UDÁLOSTI/jméno a příjmení, <u>telefon</u> /:		
LÉKAŘ, V JEHOŽ PĚČI JE DÍTĚ:		

Podle svého uvážení **zakroužkujte** další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a pro úspěšnou práci dítěte ve škole:**Nastupuje dítě do školy v řádném termínu?** ANO - NE /v loňském roce mělo odklad šk.docházky/**Navštěvovalo dítě mateřskou školu?** ANO - NE - NEPRAVIDELNĚ **Adresa:****Dítě je:** PRAVÁK - LEVÁK - UŽIVÁ OBĚ RUCI STEJNĚ**Bylo dítě někdy vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně?** ANO - NE

důvod vyšetření :

Trpí dítě vadou řeči? ANO - NE**Je v péči logopeda?** ANO - NE**Zdravotní postižení, chronické onemocnění dítěte** /zrak, sluch, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní nebo pohybové omezení/:**Další údaje o dítěti /rodině/, které považujete za důležité/zájmy, zvláštní nadání, výrazné povahové rysy:**

DATUM :	PODPIS RODIČŮ /zákonného zástupce dítěte/ :
---------	---