 ZÁKLADNÍ ŠKOLA a MATEŘSKÁ ŠKOLA STRUPČICE

okres Chomutov, PSČ 431 14

# Žádost o přijetí k základnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………………..

Rodné číslo: ………………………………………. Státní občanství: ……………………..

Místo narození: ………………………………………………………………………………..

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

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

**v souladu s paragrafem 36 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) přijat/a od**

**1. 9. 20 ……. k základnímu vzdělávání do ZŠ a MŠ Strupčice**

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:

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

Adresa pro doručení rozhodnutí a dalších písemností:

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

**Údaje podle paragrafu 28, odst. 2 f, g zákona 561/2004 Sb.**

OTEC: Jméno, příjmení (titul): ………………………………………………………………

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

Kontakty: telefon: ………………………………. e-mail: …………………………………...

MATKA: Jméno, příjmení (titul): ……………………………………………………………..

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

Kontakty: telefon: ……………………………… e-mail: …………………………………....

*Další údaje týkající se dítěte (pokud je zákonný zástupce poskytne):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zdravotní pojišťovna:  |   | Národnost dítěte:  |
| Školní družina:  | ano - ne  | Školní stravování:  |
| Návštěva MŠ-jaká:  |   |  |
| Jméno dětského lékaře:   |   |  |

\*) V době zápisu nezávazné – pouze pro potřeby odhadu potřeb zákonných zástupců

Čestně prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé.

V …………………………………… dne: …………………………………..

Podpis obou zákonných zástupců: ………………………………………………………….

Další informace, které považujete za důležité (např. údaje o zdravotní způsobilosti dítěte ke vzdělávání a případných zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na vzdělávání) můžete uvést zde: