Základní škola Benátky nad Jizerou, Pražská 135

č.j.:

Reg. číslo:

Zápisní list pro školní rok 2027/2028

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 MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI/jméno a příjmení, telefon/:

LÉKAŘ, V JEHOŽ PÉČI 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 **název školky:**

Dítě je: PRAVÁK - LEVÁK - UŽÍVÁ OBĚ RUCE 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:

Prosím o zařazení mého dítěte do stejné třídy s kamarádem/ kamarádkou (max dvojice):

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