|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost o přijetí dítěte k povinné školní docházce školním roce 2024/2025** | | | | | | | | Zapsán dne: | | | |  |
| **Jméno** | |  | | | | |  | Rodné číslo | | | |  |
| **Příjmení** | |  | | | | |  | Datum narození | | | |  |
| Ulice |  | | | | Číslo popisné | |  | Místo narození | | | |  |
| Místo |  | | | | PSČ | |  | Státní občanství \*\* | | | |  |
| \*\* Není-li dítě občanem ČR, zaškrtněte jednu z možností:  Cizinec s trvalým pobytem – Cizinec bez trvalého pobytu – Azylant nebo žadatel o azyl – Bez státního občanství – Občanství neudané, neznámé | | | | | | | | | | | | |
| Rodiče žádají o odklad: | ANO NE | | | | | | Je dítě již po odkladu? | | | | | ANO NE |
| Mateřská škola, kterou dítě navštěvuje: | | | | |  |
| **RODIČE – ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI** | | | | | | | | | | | | |
| **otec** | | Jméno | |  | | | Zaměstnání | | |  | | |
| Příjmení, titul | |  | | | Vaše profese | | |  | | |
| Mobil | |  | | | Telefon | | |  | | |
| Bydliště  (pokud není shodné s dítětem) | | | | | E-mail | |  | | | |
| **matka** | | Jméno | |  | | | Zaměstnání | | |  | | |
| Příjmení, titul | |  | | | Vaše profese | | |  | | |
| Mobil | |  | | | Telefon | | |  | | |
| Bydliště  (pokud není shodné s dítětem) | | | | | E-mail | | |  | | |
| Rodiče se dohodli, že v záležitosti školní docházky dítěte bude – budou dále jednat (zákonný zástupce / zákonní zástupci) – uveďte celé jméno a příjmení: | | | | | | | | | | | | |
| **\*** Informace o zaměstnání rodičů jsou pro nás klíčové v kritických situacích, kdy například rodiče pracují v IZS či jiných exponovaných složkách státu a je nutné s tím počítat v krizových situacích. | | | | | | | | | | | | |
| **PROHLÁŠENÍ RODIČŮ** | | | | | | | | | | | | |
| Prohlášení rodičů o zdravotním stavu žáka (zdravotní stav, omezení (při tělesné výchově, výletech, školách v přírodě apod.), alergie, poruchy, diety …): | | | | | | | | | | | | |
| Zakroužkujte prodělané nemoci (zarděnky, plané neštovice, příušnice, spalničky, spála, žloutenka typu ... a další dětská nebo chronická onemocnění): | | | | | | | | | | | | |
| Individuální dispozice dítěte (péče logopeda, zdravotní postižení, levák / pravák, grafomotorické obtíže, nadání, vyhraněný zájem …): | | | | | | | | | | | | |
| Další údaje o dítěti, které považujete za důležité: | | | | | | | | | | | | |
| Prohlašuji tímto, že jsem byl seznámen se Zpracováním osobních údajů a poučen o způsobu s jejich nakládáním. Dále prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Případné změny, zejména změny týkající se zdravotního stavu mého dítěte, bezodkladně doplním. Podpisem stvrzuji správnost údajů a prohlašuji, že vyplnění této žádosti bylo projednáno se zákonným zástupcem / zástupci, který - kteří vyslovují svůj souhlas se školní docházkou do ZŠ Příšovice a je - jsou níže podepsáni. | | | | | | | | | | | | |
| Podle ustanovení § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění, žádám o přijetí k základnímu vzdělávání do Základní školy Příšovice, okres Liberec - příspěvková organizace ve školním roce 2024/2025*.* | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | Podpis-y zákonného/zákonných zástupce/ zástupců | | | Mgr. Andrea Gardoňová  ředitelka ZŠ Příšovice | | | | | Zapsal-a | |