



Žádost zákonných zástupců o přijetí k základnímu vzdělávání

od školního roku

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Místo trvalého pobytu zákonného zástupce
(popřípadě jiná adresa pro doručování):

*telefonní číslo: *e-mailová adresa:

Podle ustanovení § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, žádám o přijetí k základnímu vzdělávání

v základní škole: **Základní škola Nové Sedlo, okres Sokolov, příspěvková organizace, Masarykova 425, 357 34 Nové Sedlo**

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození

Místo trvalého pobytu dítěte

Informace o dosavadním vzdělávání dítěte:

.....
Pozn. Zákonný zástupce uvede:

- mateřskou školu, ve které se dítě vzdělává nebo je individuálně vzděláváno,
- základní školu, v jejíž přípravné třídě nebo přípravném stupni se dítě vzdělává,
- zahraniční školu na území ČR, ve které se dítě vzdělává a ve které ministerstvo povolilo plnění povinné školní docházky podle § 38a školského zákona, nebo
- údaj, že se na dítě nevztahuje povinné předškolní vzdělávání, pokud se dítě nevzdělává v žádné škole podle písmen a) až c).

Další informace (údaje o speciálních vzdělávacích potřebách, které mohou mít vliv na počet žáků ve třídě nebo pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka školy):

.....
Pozn. Tyto další informace nemají vliv na rozhodnutí ředitele o přijetí/nepřijetí, s výjimkou nespádového žáka, pokud by jeho přijetím byl porušen limit počtu žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními dle § 17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb. nebo nejvyšší počet žáků ve třídě podle § 4 odst. 5 vyhlášky č. 48/2005 Sb.

V dne..... Podpis zákonného zástupce:



ZÁPISNÍ LIST	
DÍTĚ	
Jméno a příjmení dítěte	
Rodné číslo dítěte (u přijatých žáků)	
Datum narození dítěte	
Místo narození dítěte	
Státní občanství	
Trvalý pobyt	
Název a přesná adresa MŠ (předškolního vzdělávání)	
Název a přesná adresa ZŠ	
Přiznaná podpůrná opatření dítěte/žáka	
Kolik let chodilo dítě do MŠ	
Byl již povolen odklad povinné školní docházky	
Bude navštěvovat ŠD	
Zdravotní stav-alergie, jiné obtíže	
Kód zdravotní pojišťovny	
Sourozenci: jméno, třída	
OTEC	
Jméno a příjmení	
Bydliště (pokud je odlišné)	
Telefon do bytu	
Telefon do zaměstnání	
E-mail (pište prosím čitelně)	
Datová schránka	
MATKA	
Jméno a příjmení	
Bydliště (pokud je odlišné)	
Telefon do bytu	
Telefon do zaměstnání	
E-mail (pište prosím čitelně)	
Datová schránka	

Podpis zákonného zástupce: