

Žádost o přijetí dítěte k základnímu vzdělání do 1. třídy pro školní rok/.....

(podle §36, odstavce 4 a 5 školského zákona v souladu s §45 správního řádu)

SPRÁVNÍ ORGÁN		
Základní škola a Mateřská škola Kozolupy příspěvková organizace Kozolupy 1, 330 32 Kozolupy telefon: 377922303 e-mail: zskozolupy@volny.cz		
ŽADATEL – ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI DÍTĚTE:	1. zástupce	2. zástupce
JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL		
DATUM NAROZENÍ		
ADRESA TRVALÉHO POBYTU		
KONTAKTNÍ ADRESA (liší-li se od trvalé adresy)		
TELEFON		
E-MAIL		
DATOVÁ SCHRÁNKA		
PODPISY ZÁSTUPCŮ		

Podle ustanovení §49, odstavce 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Žádám o přijetí dítěte do ZÁKLADNÍ ŠKOLY KOZOLUPY k plnění povinné školní docházky

INFORMACE O DÍTĚTI	
JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE	
RODNÉ ČÍSLO	
DATUM NAROZENÍ	
ADRESA TRVALÉHO POBYTU	
PSČ TRVALÉHO POBYTU	
NÁZEV A ADRESA MATEŘSKÉ ŠKOLY, KTEROU DÍTĚ NAVŠTĚVUJE	
NASTUPUJE DÍTĚ V ŘÁDNÉM TERMÍNU DO ŠKOLY? (*zakroužkujte)	ANO / NE
UVEĎTE DŮVODY ODKLADU POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY	

OSTATNÍ POVINNÉ ÚDAJE O DÍTĚTI	
MÍSTO NAROZENÍ DÍTĚTE	
MATEŘSKÝ JAZYK	
STATNÍ OBČANSTVÍ	
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA/ KÓD ZP	
DÍTĚ JE PRAVÁK – LEVÁK – UŽÍVÁ OBĚ RUCE STEJNĚ	
DALŠÍ ÚDAJE O DÍTĚTI, KTERÉ POVAŽUJETE ZA DŮLEŽITÉ (NAPŘ. ZVLÁŠTNÍ SCHOPNOSTI, DOVEDNOSTI – MATEMATICKÉ VLOHY, ČTENÍ, UMĚLECKÉ SKLONY, SPORTOVNÍ SCHOPNOSTI)	

JMÉNO LÉKAŘE, V JEHOŽ PÉČI JE DÍTĚ	
ADRESA LÉKAŘE	
TELEFON LÉKAŘE	
SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY *1)	
ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST KE VZDĚLÁVÁNÍ ČI ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE *1)	
SOCIÁLNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ *1)	
ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY, POSTIŽENÍ, CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE (ZRAK, SLUCH, VADA ŘEČI, ALERGIE, DIABETES, LMP, EPILEPSIE, SRDEČNÍ OMEZENÍ, DIETNÍ OMEZENÍ, APOD.) *1)	

§17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb.,

*1) žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou dle §16 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.):

se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, vady řeči, autistické spektrum, VPU, VPCH, postižení s více vadami)

se zdravotním znevýhodněním (dlouhodobé onemocnění, zdravotní oslabení, lehké zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení, chování)

se sociálním znevýhodněním (z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu).

Zákonní zástupci žáků jsou v souladu s §22 odst. 3, písm. c) školského zákona povinni informovat školu a školské poradenské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtíží žáka nebo jiných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání.

OSTATNÍ NEPOVINNÉ ÚDAJE O DÍTĚTI (DLE SVÉHO UVÁŽENÍ)	
ZAMĚSTNÁNÍ OTCE	
ZAMĚSTNÁNÍ MATKY	
SOUROZENCI (PŘÍJMENÍ, JMÉNO, NAROZENÍ)	

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE	
Zákonní zástupci dítěte spolu žádost projednali a dohodli se, že záležitosti spojené s přijetím do základní školy bude vyřizovat zákonný zástupce:	
JMÉNO, PŘÍJMENÍ, TITUL	
MÍSTO A DEN PODPISU	v dne:
PODPIS ŽADATELE	

VYPLŇUJE ŠKOLA:	
ŽÁDOST PŘEVZAL/A	
DEN DORUČENÍ	
PŘÍLOHY (+POČET LISTŮ)	

Údaje jsou důvěrné podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.