**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ VE ŠKOLNÍM ROCE: 2020/2021**

**Tímto žádám o přijetí svého dítěte do 1. ročníku Základní školy a mateřské školy Mirovice, okres Písek podle ustanovení § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).**

**1. ÚDAJE O DÍTĚTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno: | DOPLNIT |
| Datum narození: | DOPLNIT | Místo narození: | DOPLNIT |
| Rodné číslo: | DOPLNIT | Státní občanství:  | DOPLNIT |
| Adresa trvalého pobytu: | DOPLNIT |
| Doručovací adresa:  | DOPLNIT |
| Kód zdravotní pojišťovny: | DOPLNIT | Ošetřující lékař: | DOPLNIT |

**2. ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH DÍTĚTE**

|  |  |
| --- | --- |
| OTEC - příjmení, jméno, titul: | DOPLNIT |
| Adresa trvalého pobytu: | DOPLNIT |
| Doručovací adresa:  | DOPLNIT |
| Telefon: | DOPLNIT | e-mail: | DOPLNIT | dat. schránka: | DOPLNIT |
| MATKA -příjmení, jméno, titul: | DOPLNIT |
| Adresa trvalého pobytu: | DOPLNIT |
| Doručovací adresa: | DOPLNIT |
| Telefon: | DOPLNIT | e-mail: | DOPLNIT | dat. schránka: | DOPLNIT |

**3. ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH DÍTĚTE (pokud jimi nejsou otec nebo matka)**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení, jméno, titul: | DOPLNIT |
| Vztah k dítěti:  | DOPLNIT |
| Adresa trvalého pobytu: | DOPLNIT |
| Doručovací adresa: | DOPLNIT |
| Telefon: | DOPLNIT | e-mail: | DOPLNIT | dat. schránka: | DOPLNIT |

**4. DALŠÍ INFORMACE**

* údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka školy: o speciálních vzdělávacích potřebách, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání:

|  |
| --- |
| DOPLNIT |

* údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole, například. zvláštní schopnosti, dovednosti, které dítě projevilo před vstupem do školy (čtení, umělecké sklony, matematické vlohy), které je možné při vzdělávání zohlednit:

|  |
| --- |
| DOPLNIT |

 Počet příloh: DOPLNIT (např. doporučení školského poradenského zařízení, odborného lékaře nebo klinického psychologa, příp. soudní rozhodnutí apod.)

|  |
| --- |
| DOPLNIT |

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že pro účely vedení školní matriky bude jako nejbližší kontaktní osoba uveden/a:

|  |
| --- |
| DOPLNIT |

|  |
| --- |
| DOPLNIT |

|  |
| --- |
|  |

V  dne Podpis: