**Základní škola Obříství, okres Mělník**

Školní 84, 277 42 Obříství

tel: 315 685 002 e-mail: reditelka@zsobristvi.cz www.zsobristvi.cz

**ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2024/25**

nešestiletý

Registrační číslo (nevyplňujte)

v řádném termínu

žádá o odklad školní docházky

po odkladu

Jméno a příjmení dítěte

Datum a místo narození

Trvalý pobyt

Rodné číslo

Státní občanství

Předchozí vzdělávání (ZŠ,

Školní družina (zájem)

MŠ)

Zdravotní pojišťovna

(název a kód)

Další informace o dítěti (údaje potřebné pro účely nastavení

vhodných podpůrných opatření pro budoucího žáka: o speciálních

vzděl. potřebách, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o

zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání;

tyto informace nemají vliv na rozhodnutí ředitele školy o

přijetí/nepřijetí spádového žáka):

Sourozenci navštěvující ZŠ Obříství, okres Mělník: jméno, věk (popř.

třída)

**PRVNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE**

Jméno a příjmení

Datová schránka:

Mobilní tel:

e-mail:

Bydliště, popř. doruč. adresa (pokud je odlišné)

**DRUHÝ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE**

Jméno a příjmení

Datová schránka:

Mobilní tel:

e-mail:

Bydliště, popř. doruč. adresa (pokud je odlišné)

**V případě nepřijetí dítěte k základnímu vzdělávání v základní škole, jejíž činnost vykonává Základní škola Obříství, okres**

**Mělník, bude tento Zápisní list pro školní rok 2024/25 skartován.**

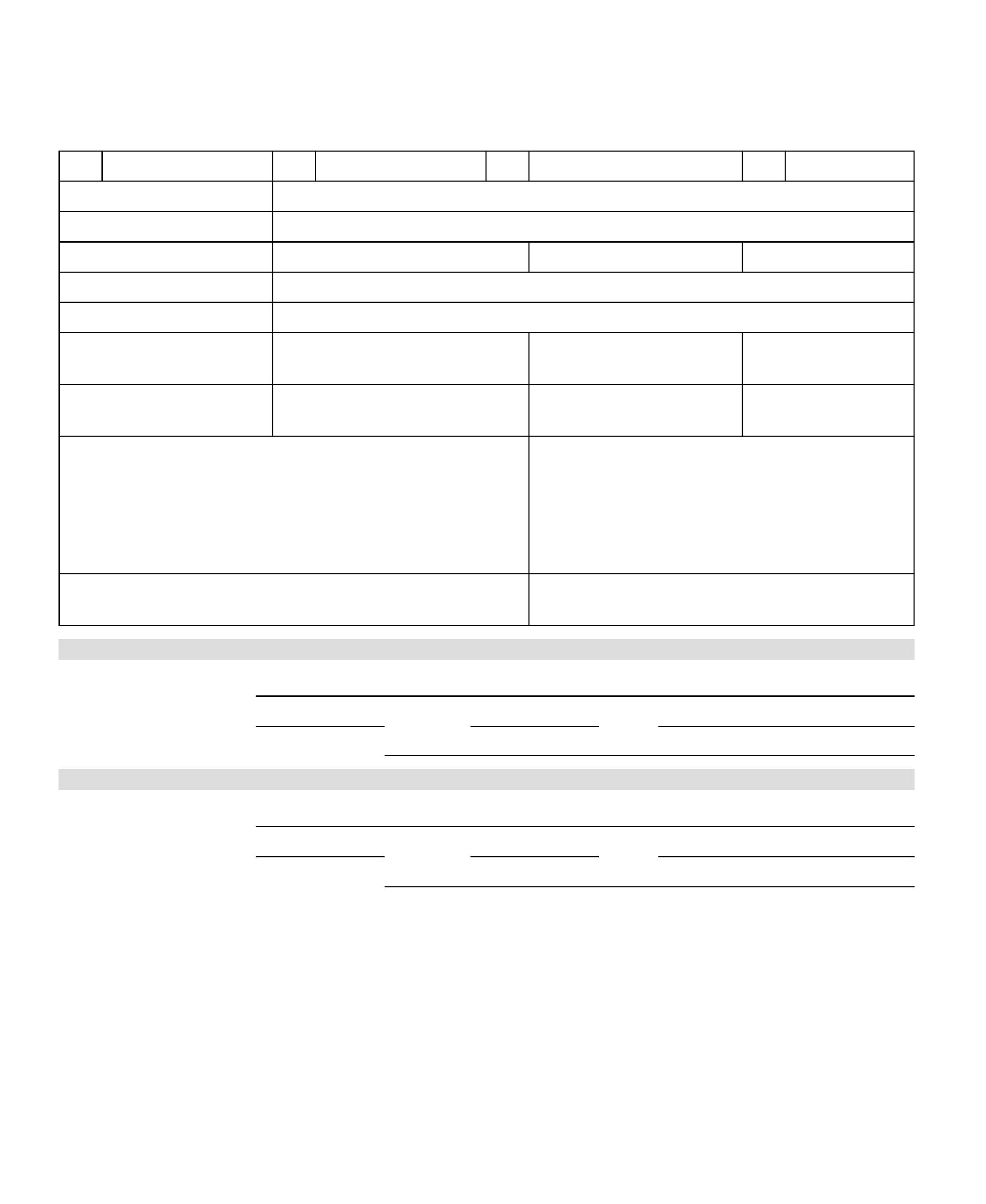
**Datum ..............................**

**Podpis zákonného zástupce: ................................................**

***Údaje ověřil/a*** *podle* ***OP*** *ano x ne,* ***rodného listu dítěte*** *ano x ne,*

***kartičky zdravotní pojišťovny*** *ano x ne,* ***jiného dokladu*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***a zapsal/a*** *(jméno a příjmení, podpis zástupce školy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*



Ano/Ne