|  |
| --- |
|  **ZÁPISNÍ LIST PRO ŠKOLNÍ ROK 2024/2025** |

|  |
| --- |
| **Osobní údaje dítěte** |
| **Příjmení:** | **Jméno:** |
| Datum narození: | Rodné číslo: |
| Místo narození: | Mateřský jazyk: |
| Státní občanství: |
| Adresa bydliště:PSČ: |
| **Otec dítěte** |
| Příjmení: | Jméno: |
| Adresa bydliště: (pokud není shodné s bydlištěm dítěte)PSČ:  |
| Telefonní kontakt: | e-mail: |
|  **Matka dítěte**  |
| Příjmení: | Jméno: |
| Adresa bydliště: (pokud není shodné s bydlištěm dítěte)PSČ: |
| Telefonní kontakt: | e-mail: |
| **Zákonný zástupce dítěte (pokud jím není otec nebo matka dítěte)** |
| Příjmení: | Jméno: |
| Adresa bydliště: (pokud není shodné s bydlištěm dítěte)PSČ: |
| Telefonní kontakt: | e-mail: |
| **Další kontaktní osoba (pro případ mimořádné události – např. babička)** |
| Příjmení: | Jméno: |
| Adresa bydliště: (pokud není shodné s bydlištěm dítěte)PSČ: |
| Telefonní kontakt: | e-mail: |
| Poznámky:  |
| **Sourozenci v ZŠ Klatovy, Čapkova ul.:** |
| Příjmení: | Jméno: (třída) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Druh zápisu (zaškrtněte)** |
| 🞏Normální (dítě je u zápisu poprvé)🞏 Předběžný (nešestileté dítě)🞏 Po jednom odkladu🞏 Po dvouletém odkladu🞏 Jiný (např. po dodatečném odkladu) |
| **Speciální vzdělávací potřeby**(příloha k žádosti o přijetí – doporučená podpůrná opatření na základě vyšetření PPP nebo SPC) |
| 1.2. |
| **Zdravotní omezení, výslovnost:** |
| **Další údaje o dítěti, které považujete za důležité sdělit škole:** |
| V Klatovech dne |
| Zapsal/a (jméno): | Podpis: |