F A K U L T N Í Z Á K L A D N Í Š K O L A
Pedagogické fakulty UK Praha 13, Mezi Školami 2322
Mezi Školami 2322/1, Stodůlky, 158 00 Praha 5

PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍ

/Údaje jsou důvěrné dle zákona č 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.../

Dle § 36, odst. 4, zákona č. 561/2004 Sb., ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, přihlašuji jakožto zákonný zástupce ke školní docházce dítě:

1.Jméno a příjmení dítěte: …….

Rodné číslo: | | | | | | | / | | | | |

Datum narození: | | | . | | | . | | | | |

Pohlaví – zaškrtněte: ☐ muž ☐ žena

Mateřský jazyk:……...

Státní příslušenství:
☐občan ČR ☐Cizinec s trvalým pobytem ☐Cizinec bez trvalého pobytu ☐Azylant s dočasnou ochranou

Místo narození: …… …….stát/okres ……

Místo trvalého pobytu: ……. ……. ……
(v případě cizince místo pobytu v ČR)

2. Otec dítěte (jméno a příjmení): ……..

Místo trvalého pobytu: ……
(v případě cizince místo pobytu v ČR)

e-mail:

Datová schránka:

TELEFON:

3. Matka dítěte (jméno a příjmení):……...

Místo trvalého pobytu: ……
(v případě cizince místo pobytu v ČR)

e-mail:

Datová schránka:

TELEFON:

4. Zákonný zástupce dítěte (jméno a příjmení):…….

Místo trvalého pobytu: ……
(v případě cizince místo pobytu v ČR)

tel: 251 613 247
tel: 251 619 150
reditel@fzsmeziskolami.cz
kancelar@fzsmeziskolami.cz
Web: http://fzsmeziskolami.cz
Facebook: https://cs-cz.facebook.com/FZŠ-Mezi-Školami

e-mail:

Datová schránka:

TELEFON:

5. Kontaktní osoba pro případ mimořádné události: ……...

6. Adresa pro doručování písemnosti – není-li shodná s místem trvalého pobytu:

……. PSČ: ……..

7. Adresa ☐ školy / ☐ školky z níž žák přichází: ……..

…….

8. Lékař, v jehož péči je dítě (jméno, adresa): ……..

……Telefon: ……..

9. Zdravotní pojišťovna dítěte: ……

10. Má dítě ve zdejší škole sourozence? ANO / NE

Jméno sourozence: ……Třída: ……..

Jméno sourozence: ……Třída: ……..

11. Nastupuje dítě do školy:

a) v řádném termínu ☐ ANO / ☐ NE **b) po odkladu školní docházky** ☐ ANO / ☐ NE

12. Zdravotní postižení, zdravotní obtíže, event. chronické onemocnění dítěte (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení, apod.):

……..

13. Máte zájem:

a) školní družinu ☐ ANO / ☐ NE **b)** o školní stravování ☐ ANO / ☐ NE

Nemáme námitek proti účasti našeho syna/dcery při fotografování a filmování činnosti žáků pro účely dokumentace školní práce a proti uveřejňování školní práce a proti uveřejňování fotografií při propagaci školy: ANO / NE

Pozn.: Přeji si, aby můj syn/dcera chodil/a do stejné třídy jako (max. 2 děti) : ……..

……..

V Praze dne: …….. Podpisy rodičů /zákonných zástupců: ……

POZNÁMKY: