|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZÁKLADNÍ ŠKOLA, PRAHA 4 – KRČ, POLÁČKOVA 1067** | | | | | | | | | |
| **ZÁPISNÍ LIST** | | | | | | | | | |
| **REGISTRAČNÍ ČÍSLO PŘIDĚLENÉ ŠKOLOU PRO ÚČELY OZNÁMENÍ ROZHODNUTÍ:** | | | | | | | |  | |
| 1. **ÚDAJE O DÍTĚTI** | | | | | | | | | |
| **JMÉNO:** | | | | **PŘÍJMENÍ:** | | | | | |
| **DATUM NAROZENÍ:** | | | | **RODNÉ ČÍSLO:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  | | | | | | |
| **MÍSTO NAROZENÍ:** | | | | **OKRES:** | | | | | |
| **STÁTNÍ OBČANSTVÍ :** | | | | **ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:** | | | | | |
| **Kvalifikátor státního občanství:**  1. občan ČR  2. cizinec s trvalým pobytem v ČR  3. cizinec s přechodným pobytem v ČR  4. azylant nebo žadatel o azyl  5. osoba bez státní příslušnosti | | | | **U CIZINCŮ ČÍSLO CESTOVNÍHO DOKLADU:** | | | | | |
| **U CIZINCŮ MATEŘSKÝ JAZYK:** | | | | | |
| ADRESA TRVALÉHO POBYTU, PSČ (u cizinců bez trvalého pobytu adresa v cizině): | | | | | | | | | |
| ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ (JE-LI JINÁ, NEŽ MÍSTO TRVALÉHO POBYTU): | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACE O DÍTĚTI** | | | | | | | | | |
| * 1. MĚLO DÍTĚ PRO ŠKOLNÍ ROK 2023/2024 UDĚLEN ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY? | | | | | | | | | ANO - NE |
| ODKLAD BYL UDĚLEN V ZŠ - ADRESA: | | | | | | | | | |
| **PRO ŠKOLNÍ ROK 2024/2025 BUDE ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE ŽÁDAT O ODKLAD** | | | | | | | **ANO - NE** | | |
| DŮVOD ODKLADU: | | | | | | | | | |
| * 1. **NÁVŠTĚVA PŘEDŠKOLNÍHO ZAŘÍZENÍ** | | | | | | | | | |
| DÍTĚ NAVŠTĚVOVALO MŠ | | | | | | | ANO - NE | | |
| ADRESA MŠ (obec, ulice): | | | | | | | | | |
| **2.3. SPÁDOVÁ ZŠ PODLE MÍSTA TRVALÉHO POBYTU:** | | | | | | | | | |
| **2.4. ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE** | | | | | | | | | |
| DOBRÝ | DÍTĚ MÁ ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ, CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, NA KTERÉ JE POTŘEBA BRÁT PŘI VZDĚLÁVÁNÍ OHLED: | | | | | | | | |
| DÍTĚ TRPÍ: OČNÍ - SLUCHOVÁ – POHYBOVÁ VADA- EPILEPSIE-DIABETES-SRDEČNÍ VADA-DIETNÍ OMEZENÍ – ALERGIE (JAKÁ) - JINÁ ZNEVÝHODNĚNÍ… | | | | | | | | | |
| VADA ŘEČI  ANO - NE | | JE DÍTĚ V PÉČI LOGOPEDA?  ANO - NE | | | NAVŠTĚVUJE DÍTĚ PSYCHOLOGA, PSYCHIATRA? ANO - NE | | | | |
| LATERALITA: | | | PRAVÁK | | LEVÁK | UŽÍVÁ OBĚ RUCE STEJNĚ | | | |
| ZVLÁŠTNÍ SCHOPNOSTI, DOVEDNOSTI, KTERÉ DÍTĚ PROJEVILO PŘED VSTUPEM DO ŠKOLY (ČTENÍ, MATEMATICKÉ NADÁNÍ, SPORTOVNÍ, UMĚLECKÉ VLOHY…) | | | | | | | | | |
| PODLE SVÉHO UVÁŽENÍ UVEĎTE DALŠÍ ÚDAJE PRO SPOLUPRÁCI RODINY SE ŠKOLOU A ÚSPĚŠNOU PRÁCI DÍTĚTE VE ŠKOLE: | | | | | | | | | |
| LÉKAŘ, V JEHOŽ PÉČI JE DÍTĚ (PŘÍJMENÍ, JMÉNO):  ADRESA ORDINACE: TELEFON: | | | | | | | | | |
| **2.5. VE ŠKOLNÍM ROCE 2024/2025** | | | | | | | | | |
| DÍTĚ BUDE NAVŠTĚVOVAT ŠKOLNÍ DRUŽINU | | | | | ANO - NE | | | | |
| DÍTĚ SE BUDE STRAVOVAT VE ŠKOLNÍ JÍDELNĚ | | | | | ANO - NE | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH** | | | |
| **OZNAČTE,**  **KDO BUDE V MATRICE ŠKOLY UVEDEN JAKO PRVNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE: OTEC - MATKA**  **UVEĎTE, ZDA JE DÍTĚ VE STŘÍDAVÉ PÉČI : ANO NE** | | | |
| * 1. **OTEC** | | | |
| JMÉNO: | PŘÍJMENÍ: | | TITUL: |
| DATUM NAROZENÍ: | | | |
| ADRESA TRVALÉHO POBYTU, PSČ (**u cizinců bez trvalého pobytu adresu v cizině**): | | | |
| ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ (JE-LI JINÁ, NEŽ MÍSTO TRVALÉHO POBYTU): | | | |
| TELEFONICKÉ SPOJENÍ: | | | |
| E-MAIL: | | DATOVÁ SCHRÁNKA: | |
| * 1. **MATKA** | | | |
| JMÉNO: | PŘÍJMENÍ: | | TITUL: |
| DATUM NAROZENÍ: | | | |
| ADRESA TRVALÉHO POBYTU, PSČ (u cizinců bez trvalého pobytu adresu v cizině): | | | |
| ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ (JE-LI JINÁ, NEŽ MÍSTO TRVALÉHO POBYTU): | | | |
| TELEFONICKÉ SPOJENÍ: | | | |
| E-MAIL: | | DATOVÁ SCHRÁNKA: | |
| * 1. **DALŠÍ KONTAKTNÍ ZLETILÁ OSOBA PRO PŘÍPAD MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESA, TELEFON):** | | | |
|  | | | |
| 1. **PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ:** | | | |
| 1. Prohlašuji, že všechny výše uvedené údaje jsou pravdivé a jsem si vědom/a důsledků, které by z úmyslně uvedených nepravdivých údajů plynuly. Případné změny týkající se osobních údajů a zdravotního stavu mého dítěte v průběhu školní docházky bezodkladně sdělím třídní učitelce.  2. Souhlasím se zveřejněním obrazových snímků, obrazových a zvukových záznamů týkajících se mého dítěte za účelem prezentace školy.  3. Souhlas poskytuji na celou dobu školní docházky dítěte v ZŠ Poláčkova, tento souhlas mám právo bez udání důvodů kdykoli písemně odvolat.  4. Podle §3a odst. 6 vyhlášky č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání jsem byl školou informován, jak může do doby zahájení školní docházky pomoci dítěti v jeho dalším rozvoji.  5. Z důvodu vyrovnaných počtů žáků ve třídách si vedení školy vyhrazuje právo na zařazení žáků do jednotlivých tříd. | | | |
| **BYLO / BUDE DÍTĚ NA ZÁPISU I V JINÉ ŠKOLE? ANO NE**  **ADRESA ŠKOLY:** | | | |
| **V Praze dne: Jméno zákonného zástupce:**    **Podpis zákonného zástupce:** | | | |
| Výše uvedené osobní údaje jsou nutné k vedení dokumentace a školní matriky podle §28 zákona č. 561/2004Sb.o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů a při jejich zpracování postupuje škola ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění zákona č.133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. | | | |
| 1. **ZÁPISNÍ LIST PŘEVZAL/A: DNE:**   **Zapsané údaje souhlasí s rodným listem dítěte a dokladem totožnosti zákonného zástupce.** | | | |
| 1. **POZNÁMKY K ZÁPISU (vyplní pedagog provádějící motivační rozhovor s dítětem):**   **Podpis pedagoga:** | | | |