**Prosím vyplňte následující údaje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno žáka/žákyně: |  |
| Číslo občanského průkazu žáka/žákyně: |  |
| Rodné číslo žáka/žákyně: |  |
| Zdravotní pojišťovna žáka/žákyně: |  |
| Telefon žáka/žákyně: |  |
| E-mail žáka/žákyně: |  |
|  |  |
| Příjmení a jméno otce/zákonného zástupce: |  |
| Telefon otce/zákonného zástupce: |  |
| E-mail otce/zákonného zástupce: |  |
|  |  |
| Příjmení a jméno matky/zákonné zástupkyně: |  |
| Telefon matky/zákonné zástupkyně: |  |
| E-mail matky/zákonné zástupkyně: |  |
| Žák má zájem o výuku náboženství ANO – NE  |
| Zdravotní stav žáka:Má žák nějaké zdravotní potíže, o kterých by měla škola vědět? (nemoc, alergie, léky) |  |
| Je žák registrován v pedagogicko-psychologické poradně z důvodu SPU (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspraxie…)? Uveďte prosím důvod návštěvy PPP. |  |
| Výběr druhého jazyka z NEJ, RUJ, FRJ |  |
| Jiné sdělení (uveďte) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis žáka Podpis otce/zákonného zástupce Podpis matky/zákonné zástupkyně**