



Základní škola Ostrava-Výškovice, Srbská 2, příspěvková organizace,
Srbská 450/2, Ostrava-Výškovice, 70030
e-mail: zs-srbska@zs-srbska.cz, www.zs-srbska.cz, tel.: 596 737 461

Z Á P I S N Í L I S T

Dítě:
Jméno a příjmení:
Datum narození: **Místo narození**

Trvalé bydliště:

Rodné číslo:..... **Národnost:**

Státní občanství: **Typ pobytu (pouze cizinci):** **trvalý – přechodný - azyl**

Zdravotní pojišťovna:..... **Bude navštěvovat ŠD:** *ANO - NE

Ošetřující lékař:..... **Sourozenec:**třída

Matka:
Jméno a příjmení:.....

Trvalé bydliště.....
(pokud není shodné s trvalým bydlištěm žáka)

Adresa pro doručování písemností

(pokud není shodná s trvalým bydlištěm žáka)

Telefon **E-mail**

Otec:
Jméno a příjmení:.....

Trvalé bydliště.....
(pokud není shodné s trvalým bydlištěm žáka)

Adresa pro doručování písemností

(pokud není shodná s trvalým bydlištěm žáka)

Telefon **E-mail**

Rodiče rozvedeni: *ANO - NE
Zákonný zástupce dítěte matka – otec – jiná osoba

Dítě mělo odklad školní docházky. *ANO - NE
Zákonný zástupce bude žádat o odklad školní docházky: *ANO - NE
Dítě jde k zápisu i na jinou základní školu: *ANO - NE
Pokud ano, uveďte název školy:

Zájem o zařazení dítěte od 6. třídy do třídy s rozšířenou TV *ANO - NE

Zdravotní stav, postižení, obtíže (výslovnost, zrak, sluch, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, jiné omezení):
.....

Pokud má dítě kamaráda, který se také zapisuje do 1. třídy na naší škole, napište jeho jméno (max. 1 jméno):