Základní škola Popůvky, příspěvková organizace, okres Brno-venkov

**Zápisní lístek do 1. ročníku ZŠ pro šk. rok 2025/2026**

**Jméno a příjmení dítěte:**…………………………………………………………………………………………………………

 rodné číslo:…………………………..…………. státní občanství:…………………………..

 místo narození: ………………………………… okres narození:…………………………….

 datum narození: ……………………………… zdravotní pojišťovna: ………….......... bydliště: trvalý pobyt:………………………………………………………………………………………………….

 ulice: ………………………………….. číslo popisné:………

 obec:………………………………….. PSČ: ……………………

doručovací adresa (liší-li se od trvalého pobytu)

 ulice: ………………………………….. číslo popisné:……… obec…………………………PSČ:…………….

**Matka dítěte**

 Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………….

 Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………..

 Telefon, e-mail: ………………………………………………………………………………………………………….

 Telefon do zaměstnání: ………………………………………………………………………………………………

**Otec dítěte**

 Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………….

 Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………..

 Telefon, e-mail: ………………………………………………………………………………………………………….

 Telefon do zaměstnání: ………………………………………………………………………………………………

**Zákonný zástupce** (pokud jím není otec nebo matka dítěte)

 Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………….

 Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………..

 Telefon, e-mail: ………………………………………………………………………………………………………….

 Telefon do zaměstnání: ………………………………………………………………………………………………

**Další kontaktní osoba**

 Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………….

 Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………..

 Telefon, e-mail: ………………………………………………………………………………………………………….

 Telefon do zaměstnání: ………………………………………………………………………………………………

**Kontaktní e-mailová adresa: ………………………………………………………………………………………………**

**Podle svého uvážení uveďte další důležité údaje** pro spolupráci rodiny se školou a pro úspěšnou práci dítěte ve škole:

Navštěvuje dítě MŠ: ANO NE

Zdravotní postižení, chronické onemocnění (zrak, sluch, vada řeči, ADHD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.): ………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dítě je pravák - levák - užívá obě ruce stejně:…………………………………………………………….

Další údaje o dítěti, které považujete za důležité: ……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Výuka anglického jazyka** probíhá od 1. ročníku. S touto skutečností zákonní zástupci souhlasí.

Datum: ………………………………………………….

Podpisy rodičů (zákonného zástupce dítěte):…………………………………………………………………………

Po vyplnění je dotazník důvěrný a ve škole podléhá předpisům o ochraně údajů v informačních systémech, o ochraně osobních údajů, o svobodném přístupu k informacím a předpisům o skartaci.