**ZÁPISOVÝ LIST DO I. ROČNÍKU**

**Školní rok 2025/2026**

|  |
| --- |
| **Registrační číslo přidělené pro účely oznámení o přijetí:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** | |  | |
| Datum a místo narození | |  | |
| Trvalé bydliště | |  | |
| Rodné číslo | |  | |
| Státní občanství | |  | |
| Kolikátý zápis | |  | |
| Mateřská škola | |  | |
| Jméno a příjmení otce | |  | |
| Bydliště (pokud je odlišné) | |  | |
| Telefon domů | |  | |
| Telefon do zaměstnání | |  | |
| Email | |  | |
| Jméno a příjmení matky | |  | |
| Bydliště (pokud je odlišné) | |  | |
| Telefon domů | |  | |
| Telefon do zaměstnání | |  | |
| Email | |  | |
| Datová schránka | | ANO – NE | |
| ID datové schránky | |  | |
| Rodiče jsou rozvedeni | |  | |
| Dítě svěřeno do péče | | otce matky střídavá péče | |
| Dítě je | | levák – pravák | |
| Zdravotní stav: | |  | |
| Bere trvale léky | | ANO – NE | |
| Alergie | |  | |
| Slyší | | dobře – špatně | |
| Vidí | | dobře – špatně | |
| Výslovnost | |  | |
| Dětský lékař | |  | |
| Zubní lékař | |  | |
| Zdravotní pojišťovna | |  | |
| Předběžný zájem o družinu | | ANO – NE | |
|  | | | |
| Sourozenci | Rok narození | | Škola, kterou navštěvují |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

Poznámka:   
Zapsal/a:

V případě střídavé péče souhlasí s výběrem školy i druhý zákonný zástupce.