**Základní škola speciální a Praktická škola Litvínov, Šafaříkova 991, okres Most**

Tel: 476 111 689, e-mail reditelka@zs-specialni-litvinov.cz, www.zs-specialni-litvinov.cz

**ZÁPISOVÝ LIST pro školní rok 2023/2024**

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

Datum narození: …………………………………………………………, RČ: …………………………………………………

Místo narození: …………………………………………….., Státní občanství: …………………………………………

Zdravotní pojišťovna: ……………………………………………………..

Trvalé bydliště:

Ulice: …………………………………………………………………., čp.: ……………………………………………………….

Město: ……………………………………………………, PSČ: ……………………………………………………………………

**Zakroužkujte správnou variantu:**

Dítě přichází po loňském odkladu: **ANO NE** ze které školy:

Rodiče budou žádat o odklad školní docházky: **ANO NE** vyplňte si žádost o odklad

Dítě navštěvovalo MŠ**: ANO NE** adresa MŠ:

Sourozenci navštěvují naši školu: **ANO NE**

**OTEC: jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………………,**

Trvalý pobyt: ………………………………………………………………………………………………………………………,

Přechodné bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………,

Telefon: ………………………………………………………………..,

**MATKA: jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………………,**

Trvalý pobyt: ………………………………………………………………………………………………………………………,

Přechodné bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………,

Telefon: ………………………………………………………………..,

V Litvínově dne:…………………………………………………. Podpis ZZ:………………………………………………