



Základní škola a Mateřská škola Supíkovice, okres Jeseník, příspěvkové organizace,
Supíkovice 129
790 51

ŽÁDOST O POVOLENÍ PŘESTUPU

DÍTĚ

Jméno a příjmení dítěte, rodné číslo:

Místo narození:

Státní občanství:

Místo trvalého pobytu dítěte:

Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích:

** v případě potřeby použijte zadní stranu formuláře*

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE (MATKA):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

(výše uvedené údaje jsou zpracovávány pro ŠKOLNÍ MATRIKU – zákon č. 561/2004 Sb., § 28)

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE (OTEC):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

(výše uvedené údaje jsou zpracovávány pro ŠKOLNÍ MATRIKU – zákon č. 561/2004 Sb., § 28)

DALŠÍ ÚDAJE O DÍTĚTI:

Dítě přestupuje ze ZŠ:

Ročník, ze kterého přestupuje:

Ročník, do kterého přestupuje

V dne

.....
podpis žadatele