

# ZÁKLADNÍ ŠKOLA VELVARY



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO ŠKOLNÍ DRUŽINY

Číslo jednací /20 \_\_\_\_\_

### Žadatel o přijetí - zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_

Podle ustanovení § 36 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

**žádám o přijetí dítěte do školní družiny Základní školy ve Velvarech**

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_

Doplňující informace k žádosti	
Adresa žáka:	
Datum narození:	Místo:
Státní občanství:	Národnost:
Rodné číslo:	Pojišťovna:
Dětský lékař:	Telefon:
Starší sourozenec ve škole (třída):	

Matka	
Telefon:	Telefon zaměstnání:
Otec	
Telefon:	Telefon zaměstnání:

Ve Velvarech, dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpisy zákonných zástupců dítěte

Školní 269  
Velvary  
273 24

Telefon: 315761060  
Mob: 739040121  
E-mail: zsvelvary@email.cz

## Generální souhlas zákonného zástupce pro pověřenou osobu:

V případě, že ve školní družině nastala mimořádná událost, tj. došlo ke zranění mého dítěte, je mu nevolno a potřebuje doprovod domů nebo k lékaři apod., a já ani druhý zákonný zástupce nejsme z důvodu zaneprázdnění k zastížení, může školní družina místo mne kontaktovat tyto pověřené osoby:

Jméno a příjmení pověřené osoby	Vztah k nezletilému žákovi	Telefonní kontakt na pověřenou osobu

Jedná se o osoby spolehlivé a bezúhonné a je možné jim bez obav svěřit mé dítě. Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné. Přebírám plnou zodpovědnost za platnost těchto údajů a případnou aktualizaci.

### Zdravotní údaje o dítěti

Užívá dítě během dne nějaké léky? Pokud ano, jaké?	
Prošlo vaše dítě nějakými vážnými nemocemi, např. astmatem, cukrovkou, epilepsií, operací?	
Trpí dítě některou z alergií?	
Má vaše dítě nějaké dietní požadavky?	
Existují nějaké další skutečnosti, které bychom měli o vašem dítěti vědět?	

---

podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_