**Základní škola a Mateřská škola Újezd,**

**okres Zlín, příspěvková organizace**

763 25 Újezd 252, tel.: 577005650

e-mail: zsujezd@zsujezd.cz

 **ŽÁDOST O POVOLENÍ PŘESTUPU ŽÁKA ZÁKLADNÍ ŠKOLY Z JINÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLY**

**UCHAZEČ (ŽÁK):**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |
| Navštěvoval ZŠ: |  |

**ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI UCHAZEČE:**

**1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |
| E-mailová adresa |  |
| Telefon |  |

**2.**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |
| E-mailová adresa |  |
| Telefon |  |

**Žádám o povolení přestupu a plnění povinné školní docházky na Základní škole a Mateřské škole Újezd, okres Zlín, p. o. s datem nástupu:**

Doplňující údaje k žádosti

1. Podpůrná opatření stupně 1 2 3 4 5 (žádáme o doložení doporučení z PPP či SPC).
2. Jiná zdravotní omezení (vada řeči, alergie, diabetes, srdeční vada, apod.):
3. Při přestupu do 6. ročníku prosíme o vazbu na kamaráda/kamarádku, po rozdělení tříd již nebude možná změna.

Jsem si vědom(a) všech právních následků, pokud by údaje uvedené v této žádosti o přestup žáka na uvedenou školu byly nepravdivé.

V………………………….………dne …………………….…………. ………………………………………………………………

 podpis zákonných zástupců uchazeče