



**Základní škola GALAXIE, s.r.o., se sídlem K Nemocnici 1/211, 741 01 Nový Jičín,
provozovna na ul. B. Martinů 1994/4, Nový Jičín, email: skola@skolagalaxie.cz**

Dotazník

Vyjadřujeme předběžný zájem o přijetí našeho syna/naší dcery do ročníku ZŠ Galaxie s.r.o. a k tomuto uvádíme:

Žák/žákyně

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum narození: _____ Místo narození: _____ Mateřský jazyk: _____

Rodné číslo: _____ Státní příslušnost: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Zdr. poj.: _____

Navštěvoval(a) mateřskou školu: **Ano Ne** v _____

V případě přestupu z jiné ZŠ, uveďte adresu školy a poslední navštěvovaný ročník:

V případě žádosti o přijetí (přestup) do jiného než 1. ročníku, přiložte kopii posledního vysvědčení.

Rodiče

Rodiče Jméno a příjmení matky: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Telefon: _____ Emailová adresa: _____

Jméno a příjmení otce: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Telefon: _____ Emailová adresa: _____

Dítě žije: a) ve společné domácnosti obou rodičů b) u matky c) u otce (zakroužkujte)

Zákonný zástupce dítěte (pokud jím není otec nebo matka dítěte)

Jméno a příjmení, adresa, telefon: _____



**Základní škola GALAXIE, s.r.o., se sídlem K Nemocnici 1/211, 741 01 Nový Jičín,
provozovna na ul. B. Martinů 1994/4, Nový Jičín, email: skola@skolagalaxie.cz**

Další údaje poskytované se souhlasem zákonného zástupce:

Jakou máte představu o spolupráci školy a rodičů:

Lékař, v jehož péči je dítě (jméno, telefon):

Mělo Vaše dítě odklad povinné školní docházky? Ano / Ne

Důvody případného odkladu povinné školní docházky:

Zdravotní postižení, chronická onemocnění dítěte: _____

Zvláštní schopnosti, dovednosti dítěte, které bude možné zohlednit při výuce: _____

Dítě je pravák / levák / užívá obě ruce stejně (zakroužkujte) Další údaje o dítěti, které považujete za důležité (úspěchy v soutěžích, olympiádách atp.): _____

Sourozenci Jméno, příjmení a rok narození:

Rodiče byli informováni o možnosti odkladu školní docházky: Ano / Ne (zakroužkujte v případě zájmu o přijetí do 1. roč.)

V _____ dne _____

.....

Podpisy rodičů (zákonného zástupce dítěte)

K dotazníku prosím přiložte kopie všech případných zpráv z vyšetření PPP, SPC, popř. dalších porad. zařízení.