PŘIHLÁŠKA

K ZÁJMOVÉMU VZDĚLÁVÁNÍ – školní rok 2023/2024

Jméno a příjmení žáka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Třída:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravotní způsobilost žáka\*:

Alergie ANO NE

Uveďte druh, projevy, způsob ošetření, medikaci:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Závažná onemocnění (epilepsie, astma, cukrovka, nemoci srdce aj.) ANO NE

Uveďte druh, způsob omezení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Omezení při sportovní činnosti: ANO NE

Uveďte jaká:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje o zákonných zástupcích žáka:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATKA | OTEC |
| Jméno a příjmení |  |  |
| Adresa bydliště |  |  |
| Telefonní kontakt |  |  |

Název zájmového kroužku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pravidla docházky do zájmových útvarů v rámci ZŠ:**

Odhlášení žáka ze zájmového vzdělávání je možné **pouze písemnou formou**.

Svým podpisem stvrzuji správnost a pravdivost údajů a zavazuji se, že bezodkladně oznámím jakékoli změny.

V Praze dne: Podpis zákonného zástupce: