

# ŠKOLNÍ MATRIKA - ZUŠ Zruč n/S

dle § 28 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon

**ŽÁK / ŽÁKYNĚ**

*Vyplňujte čitelně hůlkovým písmem*

|                                                                |                     |                                          |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| <b>Příjmení:</b>                                               |                     | <b>Obor studia (HO, TO, VO, LDO):</b>    |
| <b>Jméno:</b>                                                  |                     |                                          |
| <b>Datum narození:</b>                                         | <b>Rodné číslo:</b> |                                          |
| <b>Trvalý pobyt žáka</b> (u cizinců místo pobytu na území ČR): |                     | <b>Hudební nástroj / zpěv:</b>           |
| <b>Státní občanství:</b>                                       |                     |                                          |
| <b>Místo narození žáka:</b>                                    |                     | <b>Mobilní telefon žáka</b> (nepovinné): |

|                                                                                    |           |                |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|-------------------|
| <b>Žák bude od září navštěvovat tuto školu (třída, název školy + město, obec):</b> |           |                |                   |
| <b>MŠ</b>                                                                          | <b>ZŠ</b> | <b>SOU, SŠ</b> | <b>VOŠ a jiné</b> |

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zdravotní pojišťovna žáka</b> (kód a název):                                                                           |
| <b>Zdravotní způsobilost žáka</b> (alergie, astma, ostatní doporučení lékaře):                                            |
| <b>Co dalšího bychom měli o vašem dítěti vědět?</b> (např. logopedie, doporučení pedagogicko-psychologické poradny, atd.) |

## Zákonný zástupce žáka

|                                                           |                |                         |
|-----------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b>                                  |                | <b>Datová schránka:</b> |
| <b>Trvalý pobyt</b> (u cizinců místo pobytu na území ČR): |                |                         |
| <b>Telefon:</b>                                           | <b>E-mail:</b> |                         |
| <b>Adresa pro doručování písemností</b> (včetně PSČ):     |                |                         |

Prohlašuji, že mnou uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a každou jejich změnu budu neprodleně oznamovat třídnímu učiteli.

Dne .....

Podpis zákonného zástupce .....

|                                                               |                                      |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>(vyplní škola)</b><br><b>Datum zahájení studia na ZUŠ:</b> | <b>Datum ukončení studia na ZUŠ:</b> |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|