**Žádost o přestup žáka/žákyně základní školy do jiné základní školy**

**(**Vyplněnou a podepsanou žádost doručte buď **osobně v pracovní dny od 8 do 16 hodin na vrátnici školy nebo poštou na adresu ZŠ TGM Ivančice, Na Brněnce 1, 664 91 Ivančice k rukám ředitelky školy.)**

1. **Zákonný zástupce žáka/žákyně:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………………………………

Místo trvalého pobytu: ………………………………………………………………………………

Emailová adresa: ………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………………

1. **Ředitelka školy Mgr. Jana Dvořáková**

Základní škola T. G. Masaryka Ivančice

Na Brněnce 1, okres Brno- venkov, příspěvková organizace

664 91 Ivančice

Žádám o umožnění přestupu mého syna/dcery …………………………………………………………
nar .……………………………., bytem ……………………………………………………………………
ze Základní školy ……………………………………………………………………………………………
do Základní škola T. G. Masaryka Ivančice, Na Brněnce 1, okres Brno- venkov,
příspěvková organizace od ………………………………………………………………………………

**Doplňující informace k žádosti (důvod):**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V Ivančicích dne …………………………………….. ……………………………………………
 podpis zákonných zástupců

**Žák**

Příjmení a jméno ……………………………………………………………………………… Trvalé bydliště ………………………………………………………………………………
Přechodné bydliště ………………………………………………………………………………
Datum narození ………………………………………………………………………………
Rodné číslo ………………………………………………………………………………
Místo narození ………………………………………………………………………………
Státní občanství ………………………………………………………………………………
Zdravotní pojišťovna ………………………………………………………………………………
Emailová adresa ………………………………………………………………………………

**Rodiče, zákonní zástupci:**

**Matka**

Příjmení a jméno ……………………………………………………………………………… Trvalé bydliště ………………………………………………………………………………
Přechodné bydliště ………………………………………………………………………………
Emailová adresa ……………………………………………………………………………… Telefon ………………………………………………………………………………

**Otec**

Příjmení a jméno ……………………………………………………………………………… Trvalé bydliště ………………………………………………………………………………
Přechodné bydliště ………………………………………………………………………………
Emailová adresa ……………………………………………………………………………… Telefon ………………………………………………………………………………

**Další informace:**

* Má žák aktuálně platné vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny? ANO x NE
* Pokud žák má aktuálně platné vyšetření, uveďte:
	+ stupeň podpůrného opatření: ……………………………....
	+ datum platnosti vyšetření: …………………………………
* Zdravotní oslabení, závažné nemoci, alergie:……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

* **Primární kontakt pro školní informační systém Edookit je:** MATKA x OTEC
* **Hlásí se žák na víceleté gymnázium?** ANO x NE (Vyplňují pouze žáci, kteří se hlásí od září následujícího školního roku do 6. ročníku.)