

ŽADATEL (ŽÁK)

Jméno a příjmení:			
Bydliště:			
Rodné číslo:		Místo narození:	
Státní občanství:		Státní příslušnost:	Kód pojišťovny:

ŽÁDOST O POVOLENÍ PŘESTUPU

Název školy:	Základní škola a Mateřská škola Kateřinice, okres Vsetín		
Sídlo:	čp. 154, 756 21 KATEŘINICE	Email:	zsams@katerinice.eu
IČO:	709 26 786	Ředitelka:	Mgr. Šárka Muchová

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce (jeden ze zákonných zástupců dle § 31 zákona 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění) pro doručování písemností.

Jméno a příjmení:			
Bydliště:			
Email:		Telefon:	

V souladu s ustanovením § 49 zák. č. 561/2004 Sb. o povolení přestupu mého dítěte do Vaší školy.

Přestup k datu:		Ročník:	
Stávající škola:			

Kateřinice 20.....	Podpis zákonného zástupce:	
--------------------------	----------------------------	--

S uvedenými údaji bude škola nakládat výhradně v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

PŘEVZETÍ ŽÁDOSTI V ZÁKLADNÍ ŠKOLE A MATEŘSKÉ ŠKOLE KATEŘINICE, OKRES VSETÍN

Datum:		Pověřená osoba:	
--------	--	-----------------	--