

Špeciálna základná škola s materskou školou,  
Jána Vojtaššáka 13, 010 08 Žilina

## Žiadosť o prijatie dieťaťa do základnej školy

žiadam Vás o prijatie môjho syna/mojej dcéry menom ..... do  
..... ročníka Špeciálnej základnej školy s materskou školou, J. Vojtaššáka 13, 010 08  
Žilina v školskom roku .....

Meno a priezvisko žiaka/žiačky: .....

Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: .....

Štátne občianstvo: ..... Národnosť: ..... Rodné číslo: .....

Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa	
Meno a priezvisko otca:	Meno a priezvisko matky:
Bydlisko:	Bydlisko:
Zamestnanie:	Zamestnanie:
mobil:	mobil:
email:	email:
Adresa pobytu žiaka, ak nebýva u zákonných zástupcov/rodičov:	

Žiak momentálne navštevuje základnú školu (napíšte adresu, v prípade prvákov uviesť školu, do ktorej obvodu žiak patrí):

Mám/Nemám\* záujem o prihlásenie môjho dieťaťa do školského klubu detí.

Mám/Nemám\* záujem o prihlásenie môjho dieťaťa na stravovanie.

Prihlasujem moje dieťa na Náboženskú/Etickú výchovu\*.

\*nehodiace sa prečiarknite

### Informovaný súhlas zákonného zástupcu:

Svojím podpisom potvrdzujem, že v zmysle zákona č.245/2008 Z.z. som bol informovaný o spôsobe prijatia dieťaťa na primárne vzdelávanie. Som si vedomý, že ak moje dieťa nastúpi do inej ZŠ, musím to neodkladne oznámiť riaditeľstvu školy. V prípade zanedbania alebo neúčasti na vzdelávaní bude toto klasifikované ako zanedbávanie

školskej dochádzky. Súhlasím s tým, že poskytnuté osobné údaje o mojom dieťati a o jeho zákonných zástupcoch môžu byť použité pre vnútornú potrebu školy a školského zariadenia.

Zákonný zástupca bol oboznámený s výsledkami diagnostických vyšetrení podľa § 94 alebo §103- §106 zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Bol poučený o rozdieloch, výhodách a nevýhodách a ďalších osobitostiach (počty žiakov v triedach, získané vzdelanie, individuálne vzdelávacie programy, prijímanie žiakov s mentálnym postihnutím do odborných učilíšť alebo praktických škôl a pod.) výchovy a vzdelávania žiakov so zdravotným znevýhodnením.

V ..... dňa .....

.....  
podpis zákonného zástupcu