

Základní škola,  
Praha 5, Pod Radnicí 5  
tel. 257215181, skola@podradnici.cz

---

Registrační číslo pro účely losování, bude přiděleno u zápisu:

## ZÁPISNÍ LIST pro školní rok 2025/2026

**Jméno a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_ Státní občanství: \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Bydliště, je-li odlišné od trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa předcházejícího školského zařízení: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna (název, číslo): \_\_\_\_\_

Odklad povinné školní docházky: **ano - ne**

Dodatečný odklad povinné školní docházky: **ano – ne**

---

### **Údaje o rodičích/zákonných zástupcích:**

#### **Matka:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Bydliště, je-li odlišné od trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### **Otec:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Bydliště, je-li odlišné od trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Zdravotní stav dítěte:**

V péči pediatra (jméno, adresa, tel.): \_\_\_\_\_

Odborného lékaře: \_\_\_\_\_

Logopeda: \_\_\_\_\_

SPC: \_\_\_\_\_

PPP: \_\_\_\_\_

Alergie, jiná chronická onemocnění, omezení, léky:”

\_\_\_\_\_

**Jiná důležitá sdělení,**

Pomoc nebo významná pomoc při sebeobsluze, osobní hygieně , pleny, nočník apod.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zapsané údaje souhlasí s rodným listem dítěte a s dokladem totožnosti zákonného zástupce.

Výše uvedené osobní údaje jsou nutné k vedení dokumentace a školní matriky dle §28 zákona č. 561/2004 Sb., (školný zákon), v platném znění a při jejich zpracování postupuje škola podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (dále jen nařízení), které upravují ochranu osobních údajů o fyzických osobách, práva a povinnosti při zpracování těchto údajů.

**V Praze dne:** \_\_\_\_\_

**Podpis rodičů/ zákonného zástupce:** \_\_\_\_\_