**Žádost o přestup dítěte do ZŠ a ZUŠ Líbeznice**

# Žádáme o přestup dcery/syna

jméno……………………………………… datum narození …………………

rodné číslo…………………………………. zdravotní pojišťovna ……...……

místo narození …………………………………………………………………

do základní školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Základní umělecká škola Líbeznice. Ve školním roce …………………. navštěvuje/navštěvoval(a) ............. roč.

v základní škole, jejíž činnost vykonává……………………………………….

…………………………………………………………………………………..

**Zákonní zástupci**:

**Matka**

Jméno a příjmení……………………………………….

Trvalé bydliště………………………………………….

Telefonní číslo………………………………………….

E-mail: ………………………………………………….

**Otec**

Jméno a příjmení……………………………………….

Trvalé bydliště………………………………………….

Telefonní číslo………………………………………….

E-mail: …………………………………………………

**Podpis matky** ……………………………………………………

**Podpis otce** ………………………………………………………

V ……………………………………. dne…………………………………….