

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ  
A VADY ŘEČI, PLZEŇ, LAZARETNÍ 25**

Tel: 377 265 936 (řed.školy)  
377 261 410 (sekretariát)  
377 263 569 (SPC pro ZP)

**Žádost o zařazení dítěte/žáka do ZŠ - přijetí**

Žádáme o zařazení dítěte/žáka .....  
narozené dne ....., místo .....  
bytem ..... PSČ .....  
*do Základní školy a Mateřské školy pro zrakově postižené a vady řeči, Plzeň, Lazaretní 25*  
ve školním roce ....., ode dne ..... do ..... třídy.

**údaje o dítěti:**

rodné číslo dítěte .....  
dítě mělo odklad škol.docházky: ano - ne; pokud ano, kolik .....  
přestup ze ZŠ (adresa základní školy) .....  
.....

dítě je v péči: očního lékaře .....  
pediatra .....  
dalších odborníků .....

dítě je e vedeno v péči: SPC pro zrakově postižené .....  
SPC pro mentálně postižené děti .....  
SPC pro sluchově postižené děti .....  
SPC pro tělesně postižené děti .....  
SPC pro vady řeči .....

Psychologicko pedagogické poradny .....

**Údaje o rodičích dítěte:**

**jméno matky** .....  
**adresa:**.....  
**telefon:**.....  
**e-mail:** .....

**jméno otce** .....  
**adresa:**.....  
**telefon:**.....  
**e-mail:** .....

**Máme zájem o umístění dítěte: v internátě: ano - ne**  
**ve školní družině: ano - ne**

**K žádosti přikládám: doporučení očního lékaře: ano - ne**  
**SPC pro zrakově postižené ano - ne**  
**SPC pro mentálně postižené děti ano - ne**  
**SPC pro sluchově postižené děti ano - ne**  
**SPC pro tělesně postižené děti ano - ne**  
**SPC pro vady řeči ano - ne**  
**doporučení z pedagog. psychol. poradny: ano - ne**  
**jiné: .....**

**V....., dne .....**  
**podpis rodičů .....**