



**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA**  
**DOLNÍ KRALOVICE, OKRES BENEŠOV**

Školní 1, 257 68 Dolní Kralovice  
Tel: 317 856 418  
e-mail: info@zsdolnikralovice.cz

---

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Jméno a příjmení dítěte: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Rodné číslo: ..... Datum narození: .....

Místo narození: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Zákonný zástupce dítěte:

**OTEC**

**MATKA**

Jméno a příjmení: ..... .....

Trvalý pobyt: ..... .....

E-mail: ..... .....

Telefon: ..... .....

Žádám o přijetí mého syna / mé dcery ke školní docházce do Základní školy a mateřské školy Dolní Kralovice, okres Benešov dle 536 zákona 561/2004 Sb., školský zákon ve školním roce 2024/25.

Tímto uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů za účelem přijetí dítěte k základnímu vzdělávání.

.....

podpis zákonných zástupců