



## Žádost o přestup žáka jiné základní školy do Základní školy a Mateřské školy Zadní Třeboň, okres Beroun

Žádám o přestup mého dítěte .....,  
narozeného ....., žáka/žákyně ..... ročníku  
ze školy .....,  
do ..... ročníku Základní školy a Mateřské školy Zadní Třeboň, okres  
Beroun, 267 29 Zadní Třeboň, Školní 219.

Kontaktní adresa: .....

Tel. č.: .....e-mail:.....

Zdravotní pojišťovna: ..... Rodné číslo: .....

Místo narození: ..... Okres narození: .....

Doporučení z PPP/SPC – **ano** / **ne** (zakroužkujte požadované). V případě, že  
**ano**, uveďte prosím konkrétní pracoviště a doporučená podpůrná opatření.

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce