|  |
| --- |
| **Základní škola a mateřská škola** **Bečov**,  **okres Most, příspěvková organizace**  435 26 Bečov č. 17, tel. 476 110 317, www.zsbecov.cz |

**ZÁPISNÍ LÍSTEK – TVOŘÍLEK**

**pro školní rok** 2024**/**2025

**Příjmení a jméno žáka / žákyně** ...................................................................................................................................................

**Datum narození** .........................................

**Zdravotní pojišťovna** ..........................................................................................................

**Třída**  ..................

**Bydliště** ................................................................................................................................

**PSČ**  ...................

**Upozornění na zdravotní problémy žáka / žákyně** ....................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

**Příjmení a jméno otce, telefon**

................................................................................................................................................

**Příjmení a jméno matky, telefon**

................................................................................................................................................

**Příjmení a jméno třetí osoby, telefon (pro případ, že rodiče nemají telefon)**

................................................................................................................................................

**Byl/a jsem seznámen/a s řádem zájmových činností, podpis žáka** ………………………..

**Datum** ...........................................

**Podpis zákonného zástupce žáka / žákyně** ....................................

**ODCHODOVÝ LÍSTEK – Tvořílek**

**Odchod samostatně dle vlastního výběru nabízených aktivit** (zakroužkujte) ANO - NE

**Bude odcházet bez doprovodu zákonného zástupce** (zakroužkujte) ANO - NE

**Odchod se zákonným zástupcem, popř. pověřenou osobou:**

1. Jméno a příjmení doprovodu…………………………………datum narození………….
2. Jméno a příjmení doprovodu…………………………………datum narození………….
3. Jméno a příjmení doprovodu…………………………………datum narození………….

**Čas odchodu**…………………………………………………………………………………………………

**Datum** ...........................................

**Podpis zákonného zástupce žáka / žákyně** ....................................