**Žiadosť o osobitný spôsob plnenia školskej dochádzky**

**(vyplní zákonný zástupca žiaka/žiačky)**

Meno a priezvisko žiaka/žiačky: ....................................................... Rodné číslo: ................................

Trieda: .............................. Triedny učiteľ: ........................................................

Trvalé bydlisko žiaka/žiačky: ..................................................................................................................

Prechodné bydlisko žiaka/žiačky: ...........................................................................................................

Meno a priezvisko matky: .......................................................................................................................

Trvalé bydlisko: .......................................................................................................................................

Prechodné bydlisko: ................................................................................................................................

Kontakt na matku telefón: .............................................. e-mail: .......................................................

Meno a priezvisko otca: ..........................................................................................................................

Trvalé bydlisko: .......................................................................................................................................

Prechodné bydlisko: ................................................................................................................................

Kontakt na otca telefón: .............................................. e-mail: .......................................................

Dôvod individuálneho vzdelávania § 24 ods.2 písm. a) zákona 245/2008 Z.z. (školský zákon ) - diagnóza

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

Predpokladaná dĺžka liečenia : ................................................................................................................

**Prehlásenie**

Prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami plnenia povinnej školskej dochádzky a vzdelávania na školách z dôvodu zdravotného stavu.

Všetky údaje som vyplnil/a pravdivo a kontakty som uviedol/a správne. O akýchkoľvek zmenách, ktoré budú súvisieť s osobitým spôsobom plnenia školskej dochádzky môjho syna/mojej dcéry z dôvodu zdravotného stavu, budem ihneď informovať riaditeľku Základnej školy, Janka Palu 2, Nemšová telefonicky a elektronickou poštou.

Súhlasím s použitím osobných údajov na účely spracovania žiadosti pre plnenie osobitného spôsobu školskej dochádzky.

Meno a priezvisko matky: podpis: ............................................

Meno a priezvisko otca: podpis: ............................................