

ZUŠ

IVANOVICE NA HANĚ

ZÁKLADNÍ UMĚLECKÁ ŠKOLA IVANOVICE NA HANĚ,
OKRES VYŠKOV

Rostislavova 616/52, 683 23 Ivanovice na Hané

PŘIHLÁŠKA

Obor: _____ Studijní zaměření (nástroj): _____

Jméno žáka: _____ Datum narození: _____

Místo narození: _____ Rodné číslo: _____

St. občanství: _____ Zdr. pojišťovna: _____ Tel. č. žáka: _____

Bydliště: _____ PSČ: _____

Nyní je žákem (název školy): _____ Třída: _____

Zákonný zástupce (jméno, příjmení): _____

Bydliště (je-li odlišné od žákova): _____

Telefon: _____ e-mail: _____

1. Prohlašuji, že můj syn/ moje dcera je zdravotně způsobilý/á navštěvovat výuku v oboru:

hudebním*

tanečním*

výtvarném*

Zdravotní způsobilost: **bez omezení***

s omezením* (popište druh omezení)

2. Souhlasím dle zákona 101/2000 Sb., že můj syn/moje dcera **může*** - **nemůže*** být po dobu studia z důvodu reprezentace školy zaznamenáván/a a zveřejněn/a na audio/video/foto záznamech.

V dne

*hodící se zakroužkujte, nehodící škrtněte

.....
podpis zákonného zástupce