**Žádost o přestup žáka**

**Žadatel – zákonný zástupce dítěte**

* jméno a příjmení …………………………………………………………………………………………………………………..
* místo trvalého pobytu ……………….………………………………………………………………………………………….
* adresa pro doručení rozhodnutí ……………………………………………………………………………………………..
* telefon ………………………………………………………………………….

Správní orgán

Základní škola Bochov, okres Karlovy Vary

Ředitelka Mgr. Michaela Vonšovská

Okružní 367

364 71 Bochov

Žádám o povolení přestupu svého syna/své dcery …………………………………………………………………………….

Nar. …………………………………… rodné číslo ……………………………………………

 bytem…………………………………………………………………………………………………………….

Ze základní školy ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Do Základní školy Bochov, okres Karlovy Vary ke dni ……………………………………………………………………….

V ………………………………….. dne …………………. ……………………………………………………….

 podpis zákonného zástupce