



Domov mládeže při SOŠ stavební Karlovy Vary, příspěvková organizace  
Stará Kysibelská 45  
360 09 Karlovy Vary – Drahovice

Kód přihlášky	Číslo jednací	Zaevidováno dne:
---------------	---------------	------------------

## **LIST ŽÁKA/STUDENTA K OSOBNÍMU SPISU – ŠKOLNÍ ROK 2025/2026**

**VPYPLŇUJTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM, BAREVNĚ OZNAČENÁ POLE NEVPYPLŇUJTE**

<b>Příjmení</b>		<b>Jméno</b>	
<b>Datum narození</b>		<b>Rodné číslo</b>	/ /
<b>Číslo OP/Pasu</b>		<b>Vydáno</b>	
<b>Státní příslušnost</b>		<b>Cizinci – povolení k pobytu od - do</b>	

### **ADRESA TRVALÉHO POBYTU ŽÁKA / STUDENTA**

<b>Ulice, číslo popisné</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Obec</b>		<b>email</b>	
<b>PSČ, Pošta</b>		<b>Datová schránka</b>	

### **ŠKOLA, KTEROU BUDE ŽÁK NAVŠTĚVOVAT**

<b>Název školy</b>		<b>Obor</b>	
<b>Adresa školy</b>		<b>Kód oboru</b>	<b>Ročník</b>

### **ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI**

	<b>Matka</b>	<b>otec</b>	<b>Jiný zák. zástupce</b>
<b>Příjmení</b>			
<b>Jméno</b>			
<b>Ulice, číslo popisné</b>			
<b>Obec</b>			
<b>PSČ, Pošta</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>email</b>			
<b>Datová schránka</b>			

### **ADRESA PRO ZASÍLÁNÍ ZPRÁV Z DM**

<b>Jméno adresáta</b>	
<b>Doručovací adresa</b>	

### **INFORMACE PRO VYCHOVATELE**

<b>Zdravotní údaje žáka</b> <small>Dle zákona 561/2004 Sb., §24 je povinnost informovat pravdivě o zdravotním stavu žáka.</small>	
<b>Název zdravotní pojišťovny</b>	<b>Kód ZP</b>
<b>Jiná důležitá sdělení</b>	
<b>Zájmová činnost</b>	

