



jméno a příjmení dítěte: _____

datum narození: _____ rodné číslo: _____

místo narození: _____ okres: _____

trvalé bydliště: _____

státní občanství: _____

zdravotní pojišťovna (slovy): _____

dítě navštěvovalo MŠ: ANO – NE*. Jestliže ano, kde: _____

Údaje o rodičích (zákonných zástupcích)

zákonný zástupce 1 (matka)

jméno: _____ příjmení: _____

telefon domů: _____ email: _____

kontaktní telefon: _____

trvalé bydliště: _____
(je-li jiné než u dítěte)

doručovací adresa: _____
(je-li jiná než trvalé bydliště)

zákonný zástupce 2 (otec)

jméno: _____ příjmení: _____

telefon domů: _____ email: _____

kontaktní telefon: _____

trvalé bydliště: _____
(je-li jiné než u dítěte)

doručovací adresa: _____
(je-li jiná než trvalé bydliště)

Další údaje o dítěti

1. Dítě je PRAVÁK – LEVÁK – užívá OBĚ KONČETINY – NEVÍTE*.
2. Dítě TRPÍ – NETRPÍ* očními, ušními, nebo pohybovými vadami.
Jestliže ano, prosím popište je podrobněji:

3. Dosavadní onemocnění dítěte s případnými následky (např. omezení ve výuce, dlouhodobé užívání léků, snadná unavitelnost, nervozita apod.):

4. Dítě TRPÍ – NETRPÍ* výraznými obtížemi (nechutenství, ranní nevolnost, denní nebo noční pomočování, okusování nehtů apod.). Jestliže ano, prosím popište je podrobněji:

5. Dítě BYLO – NEBYLO*
před nástupem do školy vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně.

6. Jiné skutečnosti, které považujete za důležité nám sdělit:

V(e) _____ dne _____

podpis zákonného zástupce

* nehodící se škrtněte