



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: \_\_\_\_\_

kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

trvalé bydliště: \_\_\_\_\_  
*(je-li jiné než u dítěte)*

doručovací adresa: \_\_\_\_\_  
*(je-li jiná než trvalé bydliště)*

#### *zákonný zástupce 2 (otec)*

jméno: \_\_\_\_\_ příjmení: \_\_\_\_\_

kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

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