

Z Á P I S N Í L I S T

1. Žadatel - zákonný zástupce dítěte:

Příjmení: Jméno: Titul:

* Adresa trvalého pobytu:

* Adresa přechodného pobytu:

Telefon domů: do zaměstnání: mobilní: e-mail:

2. Další zákonný zástupce:

Příjmení: Jméno: Titul:

* Adresa trvalého pobytu:

* Adresa přechodného pobytu:

Telefon domů: do zaměstnání: mobilní: e-mail:

3. Osobní údaje dítěte:

Příjmení: Jméno:

* Adresa trvalého pobytu:

* Adresa přechodného pobytu:

Rodné číslo Datum narození Místo narození

Okres Státní občanství Zdravotní pojišťovna

Má dítě vadu zraku: **ANO – NE jakou:

Má dítě vadu sluchu: **ANO – NE jakou:

Má dítě vadu řeči: **ANO – NE jakou:

Dítě je **LEVÁK – PRAVÁK Má dítě jiné potíže: (epilepsie, alergie, časté nemoci apod.)

Sourozenci (jméno, třída, věk):

Budu mít zájem o školní družinu **ANO – NE

Budu mít zájem o školní stravování **ANO – NE

Vaše poznámky a požadavky (např. spolužáci ve třídě, individuální přístup):

Předchozí škola vč. adresy:

Vyučované cizí jazyky - hlavní: druhý:

Jestliže je dítě cizím státním příslušníkem má povolení k pobytu: **TRVALÉ – PŘECHODNÉ

datum platnosti povolení

4. Nepovinné údaje:

Zaměstnání zákonných zástupců: 1. 2.

Mohou škole pomoci v rámci svých možností sponzorsky či jinak (kopírování, účast na akcích školy, vedení kroužku, zajištění služeb či materiálu apod.)

* vyplňte, pouze pokud není shodně s bydlištěm zákonného zástupce – žadatele ze strany 1
** nehodící se škrtněte