

Osobní dotazník pro zákonné zástupce

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ: _____

Státní příslušnost: _____ cizinec s trvalým pobytem: ano - ne

cizinec bez trvalého pobytu: ano - ne

Zdravotní pojišťovna: _____

Pro elektronický systém požaduji: ☐ čip ☐ ISIC průkaz

1. Zákonný zástupce dítěte (nejbližší kontaktní osoba)

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ: _____

e-mail: _____ tel.: _____

2. Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ: _____

e-mail: _____ tel.: _____

Další osoby oprávněné získávat informace o dítěti (v závorce prosím uveďte vztah k dítěti):

Doručovací adresa – pokud se liší od trvalého bydliště:

_____ PSČ: _____

Rodinné prostředí (označte křížkem):

☐ Rodina je úplná

☐ Rodiče jsou rozvedeni, dítě žije: ☐ s matkou ☐ s otcem ☐ ve střídavé péči

☐ Dítě je adoptované / dítě je svěřeno do péče

☐ Dítě je v ústavní péči

Zdravotní stav: chronické onemocnění – vada zraku – sluchu – řeči – alergie – epilepsie – diabetes – srdeční vada – dietní omezení – celiakie – specifické poruchy učení – specifické poruchy chování – jiné: _____

Potvrzuji správnost zapsaných údajů a prohlašuji, že jednám ve shodě s druhým zákonným zástupcem dítěte na výběru základní školy.

Datum: _____

Podpis: _____

