

## DOTAZNÍK PRO RODIČE ŽÁKA MŠ A ZŠ TÁBOR

Zavazuji se, že veškeré změny okamžitě ohlásím vedení školy nebo třídnímu učiteli.

ŽÁK		
Jméno a příjmení žáka		
Rodné číslo		
Státní občanství		
Místo narození		
Trvalé bydliště		
Rok školní docházky		
Adresa školy, ze které žák přestupuje		
Ročník (ke dni podání žádosti)		
Žák s odkladem školní docházky	ANO	NE
ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽÁKA		
<b>Matka žáka</b>		
Jméno a příjmení		
Trvalé bydliště		
Telefonní číslo		
<b>Otec žáka</b>		
Jméno a příjmení		
Trvalé bydliště		
Telefonní číslo		
<b>Adresa pro doručování pošty</b>		
KONTAKTNÍ OSOBA PRO PŘÍPAD MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI		
Jméno a příjmení		
Telefon		
DALŠÍ DŮLEŽITÉ INFORMACE		
Zdravotní pojišťovna žáka		
Lékař, v jehož péči žák je		
Jméno a příjmení lékaře		
Telefonní číslo		
<b>Souhlas s focením žáka a zveřejňování fotografií na www stránkách školy dle zákona č. 101/2005Sb. O ochraně osobních údajů</b>	ANO / NE	*zvolenou variantu zakroužkujte
<b>Souhlas s testem na návykové látky v případě podezření, že je žák pod jejich vlivem.</b> <small>Pokud se žák dostaví do školy a bude u něj podezření, že je pod vlivem návykových látek, vyslovují souhlas s postupem pracovníka školy, aby byl žák podroben testu na návykové látky. V případě pozitivního testu na návykové látky plně uhradím lékařské laboratorní vyšetření.</small>	ANO / NE	
<b>Souhlas s poskytováním služeb výchovného poradce a školního metodika prevence</b> <small>dle Vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.</small>	ANO / NE	
Zdravotní postižení, chronické onemocnění dítěte (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.		
Žák je	pravák	levák
<b>Další údaje o dítěti které považujete za důležité</b>		

.....  
Datum

.....  
Podpis zákonného zástupce