



**Základní škola a mateřská škola Josefa Kubálka Všenory, příspěvková organizace**

Karla Majera 370, 252 31 Všenory

IČO 72052635

tel.: 257 710 131, 257 711 241

reditelna@skolavszenory.cz

[www.skolavszenory.cz](http://www.skolavszenory.cz)

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:

## Zápisní list žáka pro školní rok 2016/17

### I. Osobní údaje:

Jméno a příjmení:	Datum narození:
Rodné číslo:	Místo narození:
Trvalý pobyt:	Státní občanství:
Zdravotní pojišťovna:	Dětský lékař:

### II: Rodinné údaje :

Rodiče (zákonný zástupce)	Otec	Matka
Příjmení a jméno		
Bydliště		
PSC		
Povolání		
Mobilní tel.:		
e-mail:		
	<b>Další kontaktní osoba</b> (pro nečekané situace)	
Příjmení a jméno		vztah k dítěti:
Mobilní telefon:		

### III. Sourozenci:

Jméno, narození, škola, třída :

.....

Jméno, narození, škola, třída :

.....

#### **IV. Ostatní údaje:**

Vada řeči:

Navštěvoval(a) mateřskou školu: ANO .....NE

Zdravotní stav, postižení, obtíže

Další informace rodičů o dítěti:

<b>K zápisu</b>	od.....(den, měsíc, rok)
Na celodenní docházku	od.....hod do.....hod
.. polodenní docházku	od.....hod do.....hod
jinou docházku	.....

### **LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

Dítě může být přijato do mateřské školy

- 1. Je zdravé, řádně očkováno\*/**
2. Vyžaduje speciální péči v oblasti\*\*/

zdravotní:

tělesné:

smyslové:

jiné (jaké):

jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie, zábrana očkování:

Možnost účasti na akcích školy  
plavání, saunování, škola v přírodě:

\*/ příp. proč není (alergie a p.)

\*\*/ vhodné zaškrtněte, doplňte

.....  
datum

.....  
podpis a razítko lékaře

Dne:.....

Podpis rodičů:.....