



Základní škola a mateřská škola Josefa Kubálka Všenory, příspěvková organizace

tel.: 257 710 131, 257 711 241, e-mail: reditelna@skolavsenny.cz

IČO 72052635, www.skolavsenny.cz

Karla Majera 370, 252 31 Všenory

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:

Zápisní list žáka pro školní rok 2018/19

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:		
	Další kontaktní osoba (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: ANONE

Zdravotní stav, postižení, obtíže

Další informace rodičů o dítěti:

K zápisu	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:.....