

## **OSOBNÍ ÚDAJE ŽÁKA**

Celé jméno dítěte

Datum narození

Rodné číslo

Státní příslušnost dítěte

Pohlaví dítěte

Zdravotní pojišťovna

### **KONTAKT**

Adresa domů

Telefon domů

Pohotovostní osoba a kontakt

### **MATKA**

Příjmení a jméno

Mobil

Telefon domů

Telefon do práce

Email

Zaměstnavatel

Adresa zaměstnavatele

### **OTEC**

Příjmení a jméno

Mobil

Telefon domů

Telefon do práce

Email

Zaměstnavatel

Adresa zaměstnavatele

## Upřesňující informace

Má Vaše dítě nějaké dietní požadavky nebo omezení ANO/NE (upřesněte)

Trpí Vaše dítě nějakou alergií (potravinová, zvířata, pylová,...) ANO/NE (upřesněte)

Má Vaše dítě nějaké omezení z hlediska aktivit (omezená pohyblivost,...) ANO/NE (upřesněte)

Má Vaše dítě nějaké vážnější onemocnění (astma, epilepsie, diabetes,..) ANO/NE (upřesněte)

Prodělalo Vaše dítě nějaké vážnější onemocnění (astma, epilepsie, diabetes,..) či operaci ANO/NE (upřesněte)

Je Vaše dítě v současné době léčeno? ANO/NE (upřesněte)

Nosí Vaše dítě dioptrické brýle? ANO/NE (upřesněte)

Prošlo Vaše dítě nějakými traumatickými zážitky? (rozvod, autonehoda, úmrtí,...) ANO/NE (upřesněte)

Trpí Vaše dítě nějakým strachem/fobií (tma, psi, voda,..) ANO/NE (upřesněte)