 **Základní škola a Mateřská škola Spytihněv, okres Zlín, příspěvková organizace**

 Spytihněv 216, 763 64

 **Dotazník pro rodiče žáka 1. ročníku základní školy**

**ŽÁK**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| Datum narození: |  | Místo narození: |  |
| Rodné číslo: |  | Státní občanství: |  |
| Mateřský jazyk: |  | PSČ: |  |
| Bydliště: |  |

**ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI** ŽADATELE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  MATKA |  OTEC |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Bydliště: |  |  |
| Telefon: |  |  |

**SPOLEČNÝ ZMOCNĚNEC**:

|  |
| --- |
| Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce pro doručování písemností (jeden ze zákonných zástupců dle §31 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění): |
| Jméno a příjmení: |
| Doručovací adresa: |
| Telefon: | E-mail: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lékař, v jehož péči je dítě:** (jméno, adresa) |  | Telefon: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zdravotní postižení, chronické onemocnění dítěte (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.): |  |
| Zvláštní schopnosti, dovednosti, které dítě projevilo před vstupem do školy (čtení, umělecké sklony, matematické vlohy), které je možné při vzdělávání zohlednit: |  |
| **Podle svého uvážení** uveďte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole: |  |

Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_