**Dotazník zápisu žiaka do ....... ročníka**

|  |
| --- |
| **Údaje o dieťati** |
| Meno a priezvisko |  |
| Trvalé bydlisko dieťaťa |  |
| Dátum narodenia |  |
| Rok školskej dochádzky |  |
| Rodné číslo |  |
| Miesto narodenia |  |
| Národnosť |  |
| Štátna príslušnosť |  |
| Kód a názov zdravotnej poisťovne |  |
| Aké materské školy, základné školy dieťa doposiaľ navštevovalo, odkedy – dokedy (presné dátumy, názvy, adresy) |  |
| Dátum nástupu/ročník |  |
| Bude dieťa navštevovať Školský klub detí?  | **Áno Nie** |
| Bude sa dieťa stravovať v Školskej jedálni? | **Áno Nie** |
| Aký povinne voliteľný predmetbude dieťa navštevovať? | **Náboženská výchova****Etická výchova** |
| **Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa** |
| Meno a priezvisko otca, titul |  |
| Trvalé bydlisko: ulica, číslo, obec, PSČ |  |
| **Kontakty:** Tel. číslo Email |  |
| **Zamestnanie** |  |
| Zamestnávateľ |  |
|  |  |
| Meno a priezvisko matky, titul |  |
| Trvalé bydlisko: ulica, číslo, obec, PSČ |  |
| **Kontakty:** Tel. číslo Email |  |
| **Zamestnanie** |  |
| Zamestnávateľ |  |
|  |  |
| **Integrácia** |
| Druh zdravotného znevýhodnenia/špec. potreba |  |
| V ktorom šk. roku a ročníku začala integrácia? |  |
| Navštevovalo Vaše dieťa CŠPP, CPPPaP?(ak áno uveďte odkedy a názov centra) | **Áno Nie** |
| Odklad povinnej školskej dochádzky?(ak áno z akého dôvodu) | **Áno Nie**  |
| Dodatočný odklad povinnej školskej dochádzky? | **Áno Nie**  |
| Oslobodenie od povinnosti dochádzať do školy? | **Áno Nie**  |
| Opakovanie ročníka (ak áno ktorý ročník) ?  | **Áno Nie**  |
| Rodinné pomery dieťaťa | úplná rodina neúplná rodinasirota polosirota adoptované dieťa  |
| V prípade neúplnej rodiny – komubolo dieťa zverené do výchovy? |  |
| Žijú rodičia v spoločnej domácnosti? | **Áno Nie**  |
| Má žiak súrodencov?(ak áno uveďte mená a rok narodenia) |  |
| **Zakrúžkujte nasledujúce odpovede:** |
| Zrak dieťaťa – nosí okuliare:Číslo dioptrií: ...............................................Iná porucha zraku: ....................................... | **Áno Nie** |
| Orientácia dieťaťa vzhľadom na dominanciu rúk:  | **Ľavák Pravák** |
| Trpí dieťa alergiou?Akou? .......................................................... | **Áno Nie** |
| Má Vaše dieťa zdravotné ťažkosti?Aké? | **Áno Nie** ........................................................................ ........................................................................ |

 ..........................................................

 Podpis zákonného zástupcu dieťaťa