

ZÁKLADNÍ ŠKOLA VELVARY

ZÁPISNÍ LÍSTEK DO 1. TŘÍDY



Údaje o dítěti	
Jméno	Příjmení
Místo narození	Datum narození
Mateřská škola	Státní příslušnost
Zdravotní pojišťovna	
Má dítě vadu řeči? ano- ne	Léčí se? ano-ne Kde?
Má dítě vadu sluchu? ano – ne	Léčí se? ano-ne Kde?
Má dítě vadu zraku? ano - ne	Léčí se? ano-ne Kde?
Má dítě jiné závažné zdravotní problémy? Jaké?	
Adresa trvalého pobytu:	
Kontaktní adresa pro korespondenci:	

Údaje o otci dítěte	
Titul, jméno, příjmení:	
Adresa bydliště:	
Zaměstnání (nepovinný údaj):	
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání: (nepovinný údaj)
Mobil:	e-mail:

Údaje o matce dítěte	
Titul, jméno, příjmení:	
Adresa bydliště:	
Zaměstnání (nepovinný údaj):	
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání: (nepovinný údaj)
Mobil:	e-mail:

_____ podpis zákonných zástupců

Ve Velvarech, dne: _____

Školní 269
Velvary
273 24

RECEPCE: 736 438 783
Mob:739040121
E-mail: zsvelvary@zsvelvary.cz