



Osobní dotazník žáka

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:

Datum narození:

Místo narození:

Okres:

Státní příslušnost:

Příchod ze ZŠ (název školy):.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Zdravotní postižení: ANO / NE *nehodící se přeškrtněte

Zdravotní potíže, se kterými by měl být obeznámen vyučující (např. astma, alergie, cukrovka, apod.)

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

Trvalé bydliště

Ulice:.....

Obec:.....

PSČ:.....

Okres:.....

Telefon:.....

Mobil:.....

E-mail:.....

Přechodné bydliště

Ulice:

Obec:

PSČ:

Okres:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Zákonné zástupce (rodiče žáka)

Matka

Příjmení:

Jméno:

Titul:

Bydliště

Ulice:.....

Obec:.....

PSČ:.....

Okres:.....

Telefon:.....

Mobil:.....

E-mail:.....

Telefon do zaměstnání:

Otec

Příjmení:

Jméno:

Titul:

Bydliště

Ulice:

Obec:

PSČ:

Okres:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Telefon do zaměstnání:

Souhlasím se zpracováním osobních údajů v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., ve znění pozdějších předpisů a dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679.

Ve Veselí nad Moravou dne

Podpis:.....