



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:

Zákonný 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: