

VŠETKY ÚDAJE VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (Prosím vyplniť paličkovým písmom – čitateľne)

Údaje „Žiak“:

Meno:..... Priezvisko:.....

Dátum narodenia:..... Miesto narodenia:.....

Rodné číslo:..... Číslo OP:.....

Údaje „Kontakt“:

Ulica:..... Mesto:.....

Okres:..... PSČ:.....

Telefónne číslo:..... E-mail:.....

Údaje „Zdravie“:

Zdravotná poisťovňa:..... Meno lekára:.....

Adresa zdrav. zariadenia:..... Telefónne číslo na lekára:.....

Zdravotné znevýhodnenie/diagnóza:.....

Údaje „Zákonný zástupca – matka“:

Priezvisko, Meno, titul:.....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Zamestnanie / funkcia:.....

Telefónne číslo:..... E-mail:.....

ADRESA (ak je iná ako u žiaka):

Ulica, Mesto, PSČ:.....

SÚHLAS ☐ NESÚHLAS ☐ so zasielaním informácií o prospechu a dochádzke dieťaťa prostredníctvom emailu.

Podpis zákonného zástupcu:.....

Údaje „Zákonný zástupca – otec“:

Priezvisko, Meno, titul:.....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Zamestnanie / funkcia:.....

Telefónne číslo:..... E-mail:.....

ADRESA (ak je iná ako u žiaka):

Ulica, Mesto, PSČ:.....

SÚHLAS ☐ NESÚHLAS ☐ so zasielaním informácií o prospechu a dochádzke dieťaťa prostredníctvom emailu.

Podpis zákonného zástupcu:.....