 Masarykova základní škola Klášterec nad Orlicí, okres Ústí nad Orlicí

**Dotazník pro rodiče žáka 1. ročníku základní školy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** | | |  | | | | | | | |
| Rodné číslo: | |  | | | | | Mateřský jazyk: | | |  |
| Státní občanství: | |  | | | | | Místo narození: | |  | |
| Bydliště: |  | | | | | | | | PSČ: |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Otec dítěte:** (jméno a příjmení) | | | |  | | | | | | |
| Bydliště: |  | | | | | | | | Telefon: |  |
| **Matka dítěte:** (jméno a příjmení) | | | |  | | | | | | |
| Bydliště: |  | | | | | | | | Telefon: |  |
| **Zákonný zástupce dítěte:** (pokud jím není otec nebo matka dítěte) | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | Telefon: |  |
| **Kontaktní osoba:** (pro případ mimořádné události) | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | Telefon: |  |
| **Lékař, v jehož péči je dítě:** (jméno, adresa) | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | Telefon: |  |
| **Zdravotní pojišťovna:** | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Podle svého uvážení** uveďte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou a úspěšnou práci dítěte ve škole, například: | | | | | | | | | | |
| **Sourozenci** (jméno a rok narození): | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Navštěvovalo dítě mateřskou školu (ano – ne, kterou): | | | | | | | |  | | |
| Nastupuje dítě do školy v řádném termínu? (ano – ne) | | | | | | | |  | | |
| Zdravotní postižení, chronické onemocnění dítěte (zrak, sluch, vada řeči, LMD, alergie, epilepsie, diabetes, srdeční vada, dietní omezení apod.): | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Zvláštní schopnosti, dovednosti, které dítě projevilo před vstupem do školy (čtení, umělecké sklony, matematické vlohy), které je možné při vzdělávání zohlednit: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Dítě je pravák – levák – užívá obě ruce stejně: | | | | | | | |  | | |
| Další údaje o dítěti, které považujete za důležité | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Podpis zákonného zástupce:** | | | | | |  | | | | |
| Datum: |  | | | | | **Kontaktní emailová adresa:** | | | | |