**Dotazník k zápisu**

* **Nehodiace sa škrtnite**

|  |
| --- |
| **Údaje o dieťati** |
| Meno a priezvisko: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: | Okres: |
| Národnosť | Štátna príslušnosť: |
| Kód a názov zdravotnej poisťovne: |
| Pediater dieťaťa, kontakt: |
| **Poznámky k zdravotnému stavu dieťaťa** |
| Je dieťa alergické? Ak áno vypísať alergény: |
| Užíva pravidelne lieky? Ak áno, aké? |
| Navštevuje logopéda? Ak áno meno a kontakt: |
| Iný zdravotný problém (pr. epilepsia, Downov syndróm, febrilné kŕče, ADHD...): |
| **Dochádzka do MŠ** |
| Celodenná: áno/nie Poldenná: áno/nie |
| **Rodič dieťaťa bol absolvent PSŠ F. Hanáka Prievidza alebo je zamestnancom Piaristickej fraternity** |
| Meno a priezvisko rodiča, rok ukončenia štúdia: |
| Meno a priezvisko rodiča, rok ukončenia štúdia: |
| **Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa** |
| Meno a priezvisko otca: |
| Telefónne číslo: |
| Adresa trvalého bydliska: |
| Mail: |
|  |
| Meno a priezvisko matky: |
| Telefónne číslo: |
| Adresa trvalého bydliska: |
| Mail: |
|  |
| Meno a priezvisko iného zákonného zástupcu: |
| Telefónne číslo: |
| Adresa trvalého bydliska: |
| Mail: |

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

 Podpisy obidvoch zákonných zástupcov