**DOTAZNÍK K ZÁPISU DIEŤAŤA DO I. ROČNÍKA**

|  |
| --- |
| **Meno priezvisko dieťaťa**:  |
| Dátum, miesto a okres narodenia:  |
| Rodné číslo:  |
| Bydlisko: |
| Štátne občianstvo: SR Národnosť: slovenská |

|  |
| --- |
| **Meno, priezvisko otca : nar.,RČ:**  |
| Trvalé bydlisko:  |
| V prípade prechodného pobytu kontaktná adresa:  |
| Tel. č., email:  |
|  |

|  |
| --- |
| **Meno, priezvisko matky : nar., RČ:**  |
| Trvalé bydlisko:  |
| Tel. č., email:  |
|  |
| V prípade neúplnej rodiny komu bolo dieťa zverené do výchovy: |

|  |
| --- |
| **Záujem o školský klub detí**: áno nie |
| **Záujem o stravovanie v ŠJ:** áno nie |
|  |
| **Navštevovalo dieťa MŠ** áno nie |
| **Plnilo dieťa povinné predprimárne vzdelávanie:** áno nie |
| **Žiadate o odklad povinnej školskej dochádzky?** áno nie |
| **Prihlásenie na predmet: náboženská výchova(**.............................**)** alebo **etická výchova**(označte, o ktorý predmet máte záujem) |
| **Reč dieťaťa:** čistá – chybná - nesprávna výslovnosť: c, č, s, š, z, ž, dz, dž, r, l, |
| Navštevuje dieťa logopedickú poradňu? áno nie  |
| **Zrak dieťaťa**: nosí okuliare áno nie |
| **Sluch dieťaťa**: počuje dobre áno nie |
| **Orientácie dieťaťa vzhľadom na písmo**: ľavák pravák |
| **Trpí alergiou?** áno nie |
| Akou? |
| **Detský lekár dieťaťa?** |
| **Navštevuje odborných lekárov?** áno nie  |
| Akých: |
| **Má Vaše dieťa zdravotné ťažkosti, o ktorých by mala vedieť jeho učiteľka ?** |
| **Zdravotná poisťovňa?** |
| **Súrodenci:** |
| **Súrodenci:** |
|  |

**Pozn. nehodiace sa preškrtnite!**

**..........................................................** ........................................................................

 Pedagogický pracovník Podpis zákonných zástupcov