

Dotazník k zápisu do MŠ

Údaje o dieťati

Meno a priezvisko: Rodné číslo:
 Miesto narodenia: Okres:
 Národnosť: Štátna príslušnosť:
 Kód a názov zdravotnej poisťovne:
 Pediater dieťaťa: Tel. kontakt:

Poznámky k zdravotnému stavu

Je dieťa alergické? áno na čo: nie
 Užíva pravidelne lieky? áno aké: nie
 Navštevuje logopedickú poradňu? áno nie
 Iný zdravotný problém:
 Záujmy dieťaťa:
 Zlozvyky dieťaťa:

Dochádzka do MŠ (označiť krížikom)

celodenná: poldenná s obedom: poldenná len s desiatou:

V prípade ochorenia dieťaťa, kontaktná osoba a tel. číslo:

Údaje o zákonom zástupcovi dieťaťa (komu je dieťa zverené do výchovy)

Zákonným zástupcom je: obaja rodičia otec matka iná osoba

Údaje o otcovi

Meno, priezvisko, titul:
 Adresa trvalého pobytu:
 Zamestnávateľ (názov a adresa):
 Pracovné zaradenie: Pracovná doba od: do:
 Telefón do zamestnania: Mobil:

Údaje o matke

Meno, priezvisko, titul:
 Adresa trvalého pobytu:
 Zamestnávateľ (názov a adresa):
 Pracovné zaradenie: Pracovná doba od: do:
 Telefón do zamestnania: Mobil:

Údaje o inom zákonom zástupcovi

Meno, priezvisko, titul:
 Adresa trvalého pobytu:
 Zamestnávateľ (názov a adresa):
 Pracovné zaradenie: Pracovná doba od: do:
 Telefón do zamestnania: Mobil:

Podpis zákonného zástupcu