

Žiadosť zákonného zástupcu na zápis dieťaťa do 1. ročníka ZŠ (elektronická prihláška)

Údaje o dieťati			
Meno a priezvisko			
Dátum narodenia			
Rodné číslo			
Miesto narodenia			
Štát narodenia			
Národnosť			
Štátne občianstvo			
Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	
Adresa trvalého pobytu	Ulica		
	Obec		
	Štát		
Predchádzajúca škôlka/škola			
Plánuje navštevovať:	Stravovanie v školskej jedálni		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Návšteva ŠKD	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Integrovaný	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Výchova		Hmotná núdza	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Cudzí jazyk		Súrodenci na škole	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Údaje o zákonom zástupcovi dieťaťa (u koho je dieťa v opatere)			
Meno a priezvisko, tituly			
Bydlisko, ulica a číslo			
Bydlisko, PSČ a mesto			
Telefón domov, mobil, E-mail			
Povolanie			
Zamestnávateľ: názov a adresa			
Telefón do zamestnania			
Vzťah			
Údaje o otcovi dieťaťa			
Meno a priezvisko, tituly			
Bydlisko, ulica a číslo			
Bydlisko, PSČ a mesto			
Telefón domov, mobil, E-mail			
Povolanie			
Zamestnávateľ: názov a adresa			
Telefón do zamestnania			
Údaje o elektronickej schránke	Nemám	Mám:	
Údaje o matke dieťaťa			
Meno a priezvisko, tituly			
Bydlisko, ulica a číslo			
Bydlisko, PSČ a mesto			
Telefón domov, mobil, E-mail			
Povolanie			
Zamestnávateľ: názov a adresa			
Telefón do zamestnania			
Údaje o elektronickej schránke	Nemám	Mám:	

Zdravotné znevýhodnenie

<input type="checkbox"/>	s autizmom alebo inou pervazívnou vývinovou poruchou bez mentálneho postihnutia
<input type="checkbox"/>	s autizmom alebo inou pervazívnou vývinovou poruchou s mentálnym postihnutím
<input type="checkbox"/>	mentálne postihnutie - ľahký stupeň (variant A)
<input type="checkbox"/>	mentálne postihnutie - stredný stupeň (variant B)
<input type="checkbox"/>	mentálne postihnutie - ťažký stupeň (variant C)
<input type="checkbox"/>	sluchové postihnutie - nedoslýchavý
<input type="checkbox"/>	sluchové postihnutie - nepočujúci
<input type="checkbox"/>	so sluchovým postihnutím - s kochleárnym implantátom
<input type="checkbox"/>	so zrakovým postihnutím - slabozraký
<input type="checkbox"/>	so zrakovým postihnutím - nevidiaci
<input type="checkbox"/>	so zrakovým postihnutím - so zvyškami zraku
<input type="checkbox"/>	so zrakovým postihnutím - s poruchami binokulárneho videnia
<input type="checkbox"/>	s narušenou komunikačnou schopnosťou - nehovoriaci
<input type="checkbox"/>	s narušenou komunikačnou schopnosťou - s poruchami reči
<input type="checkbox"/>	telesné postihnutie - všeobecne
<input type="checkbox"/>	telesné postihnutie - nechodiaci
<input type="checkbox"/>	vývinové poruchy učenia - dyslexia
<input type="checkbox"/>	chorý a zdravotne oslabený - všeobecne
<input type="checkbox"/>	chorý a zdravotne oslabený - pri neurologickom, onkologickom, infekčnom, psychiatrickom alebo foniatrickom oddelení
<input type="checkbox"/>	chorý a zdravotne oslabený - nechodiaci (vzdelávaný na lôžku)
<input type="checkbox"/>	vývinové poruchy učenia - dysgrafia
<input type="checkbox"/>	vývinové poruchy učenia - dysortografia
<input type="checkbox"/>	vývinové poruchy učenia - dyskalkúlia
<input type="checkbox"/>	vývinové poruchy učenia - dyspraxia
<input type="checkbox"/>	s vývinovými poruchami učenia - iné
<input type="checkbox"/>	s poruchou správania
<input type="checkbox"/>	s poruchami aktivity a pozornosti
<input type="checkbox"/>	hluchoslepý
<input type="checkbox"/>	s viacnásobným postihnutím

Súhlasím s použitím uvedených osobných údajov pre potreby školy.

Dátum:

.....
podpis

.....
podpis zákonného zástupcu - otec

.....
podpis zákonného zástupcu - matka