

VYPLŇTE PROSÍM ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM

ÚDAJE O ŽÁKOVĚ:

Jméno a příjmení:

Třída:

Datum narození:

Místo narození:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Trvalé bydliště:

PSČ:

Adresa pro doručování pošty (je-li odlišná):

Zdravotní pojišťovna:

Zdravotní specifika: (alergie, astma, diabetes, omezení při tělesných cvičeních, jiné zdravotní problémy, na které je třeba brát zvláštní zřetel)

Jiná sdělení:

ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI:

Jméno matky:

Trvalé bydliště matky (je-li odlišné):

Mob. tel.:

Mail:

Jméno otce:

Trvalé bydliště otce (je-li odlišné):

Mob. tel.:

Mail:

Číslo bankovního účtu pro účely vrácení přeplatku stravného:

Podpis zákonného zástupce: