

Dotazník k zápisu do MŠ

Údaje o dieťaťi	
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:	
Zájmy 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 zákonnom 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 zákonnom zástupcovi	
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého pobytu:	
Zamestnávateľ (názov a adresa):	
Pracovné zaradenie:	Pracovná doba od: do:
Telefón do zamestnania:	Mobil:

Podpis zákonného zástupcu