

## DOTAZNÍK ŽÁKA

Žádáme Vás o sdělení následujících údajů, které potřebujeme pro založení evidence žáka školy. Považujeme je za důvěrné a nebudou zveřejňovány. Údaje čitelně vyplňte a formulář obratem vraťte škole. Děkujeme Vám.

-----OSOBNÍ ÚDAJE -----

**Příjmení:** **Jméno:** **Obor studia:**

**Rodné příjmení:** **Rodné číslo:** **Zdravotní pojišťovna:**

**Datum narození:** **Státní příslušnost:** **Číslo obč. průkazu:**

**Místo narození:** **Číslo pasu(cizinci):** **Druh pobytu (platnost do):**

**Okres:** **Telefon:** **E-mail:**

**Trvalé bydliště:**

**PSČ:** **Místo:** **Ulice,č. p.:**

**Adresa pro doručování, pokud není shodná s trvalým bydlištěm:**

**PSČ:** **Místo:** **Ulice,č.p.:**

**Žák přichází na ISŠTE z působiště:**

**- Základní škola - název:**

Cizí jazyk na ZŠ:

Vyšel z ročníku: 7. 8. 9.

Počet absolvovaných let na ZŠ: 7. 8. 9.

Opakoval ročník:

**- Střední škola (název a ročník):**

Obor studia:

Jazyk na SŠ:

**- Odjinud(zaměstnání, úřad práce, apod.):**

-----ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE-----

**Příjmení a jméno, titul:**

Vztah k žákovi (otec, matka..):

**Trvalé bydliště:**

**Bydliště vč. PSČ (adresa pro doručování):**

Zaměstnavatel:

Telefon (zaměstnání, mobilní):

E - mail:

-----DRUHÝ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE-----

**Příjmení a jméno, titul:**

Vztah k žákovi (otec, matka..):

**Trvalé bydliště:**

**Bydliště vč. PSČ (adresa pro doručování):**

Zaměstnavatel:

Telefon (zaměstnání, mobilní):

E - mail:

-----DALŠÍ ÚDAJE-----

Žák žije ve společné domácnosti: s oběma rodiči    s matkou    s otcem    jiné

Zdravotně postižen                      ano\*                      ne\*                      druh postižení:

Zdravotně znevýhodněn                      ano\*                      ne\*                      druh znevýhodnění:

Sociálně znevýhodněn                      ano\*                      ne\*

V péči pedagogicko - psychologické poradny                      ano\*                      ne\*                      důvod:

Osvobození z tělesné výchovy částečné\*/úplné\*                      ano\*                      ne\*                      důvod:

Žák bere léky, případné potíže:

Zvolím cizí jazyk:

AJ

NJ

**\* Vybraný údaj označte.**

Souhlasím s tím, aby poskytnuté údaje byly po dobu studia na ISŠTE Sokolov zpracovány pro potřeby školy dle zákona č. 101/2002 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

-----  
podpis žáka

-----  
podpisy zákonných zástupců