****

**OSOBNÍ ÚDAJE DÍTĚTE**

|  |
| --- |
| Celé jméno dítěte: |
| Datum narození: |
| Rodné číslo: |
| Státní příslušnost: |
| Pohlaví dítěte: |
| Zdravotní pojišťovna: |

|  |
| --- |
| Kontakt |
| Adresa domů: |
|  |
| Telefon domů: |
| Pohotovostní osoba a kontakt: |

|  |
| --- |
| Matka |
| Příjmení a jméno: |
| Mobil: |
| Telefon domů: |
| Telefon do práce: |
| Email: |
| Zaměstnavatel: |
| Adresa zaměstnavatele: |

|  |
| --- |
| Otec |
| Příjmení a jméno: |
| Mobil: |
| Telefon domů: |
| Telefon do práce: |
| Email: |
| Zaměstnavatel: |
| Adresa zaměstnavatele: |

|  |
| --- |
| Má Vaše dítě nějaké dietní požadavky nebo omezení ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Trpí Vaše dítě nějakou alergií? (potravinová, zvířata, pylová….) ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Má Vaše dítě nějaké omezení z hlediska aktivit? ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Má Vaše dítě nějaké vážnější onemocnění? (astma, epilepsie,diabetes…) ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Prodělalo Vaše dítě nějaké vážnější onemocnění ?(astma,diabetes, epilepsie) ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Je Vaše dítě v současné době léčeno? ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Nosí Vaše dítě dioptrické brýle? ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Nosí Vaše dítě dioptrické brýle? ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Prošlo Vaše dítě nějakými traumatickými zážitky? (rozvod, autonehoda,úmrtí) ANO/NE (upřesněte) |

|  |
| --- |
| Trpí Vaše dítě nějakým strachem? (tma,psi,voda….í) ANO/NE (upřesněte) |