

Osobní dotazník žáka

(denní studium)

Střední škola technická, Přerov,
Kouřilkova 1028/8
750 02 Přerov I-Město
tel. 581201276, fax 581203 293

Příjmení:

Datum narození:

Jméno:

Místo narození:

Rodné číslo:

Okres:

Státní občanství:

Kraj:

Studijní – učební obor:

Škola, ze které žák přišel

Název a adresa školy:

IZO školy:

Poslední navštěvovaný ročník:

Trvalé bydliště

Ulice:

Obec:

PSČ:

Okres:

Kraj:

Telefon:

E-mail:

Ubytování žáka v průběhu studia

- v místě trvalého bydliště
- domov mládeže SŠT
- jiné – uveďte místo a adresu

Zdravotní stav

(v případě výběru některých z níže uvedených možností, doložte tuto skutečnost dokladem)

Zdravotní postižení:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bez postižení | <input type="checkbox"/> Nevidomí |
| <input type="checkbox"/> Lehké a střední mentální postižení | <input type="checkbox"/> Vady řeči |
| <input type="checkbox"/> Lehké a střední mentální postižení | <input type="checkbox"/> Těžká porucha dorozumívání |
| <input type="checkbox"/> Těžké mentální postižení | <input type="checkbox"/> Tělesné postižení |
| <input type="checkbox"/> Hluboké mentální postižení | <input type="checkbox"/> Těžké tělesné postižení |
| <input type="checkbox"/> Sluchové postižení | <input type="checkbox"/> Vývojové poruchy učení |
| <input type="checkbox"/> Neslyšící | <input type="checkbox"/> Vývojové poruchy chování |
| <input type="checkbox"/> Zrakové postižení | <input type="checkbox"/> Autismus |

Změněná pracovní schopnost:

- ano
 ne

Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce žáka

- otec
 matka
 jiný

Jméno a příjmení:

Bydliště (je-li odlišné od žákova):

Ulice:

Obec:

PSČ:

Okres:

Kraj:

Telefon:

osobní číslo:

případně číslo do zaměstnání:

E-mail:

V dne

.....
podpis žáka

.....
podpis zák. zástupce žáka