

Tuto stranu prosím vyplňte a odešlete do školy spolu s dalšími dokumenty do 16. 6. 2025.
Všechny informace uvedené v dotazníku slouží pouze pro potřeby realizačního týmu AP a nebudou nikde prezentovány.

Souhlasím s účastí mého syna/dcery na adaptačním programu.	ANO NE Nehodící se škrtněte.
Souhlasím se zpracováním níže uvedených osobních údajů pro potřeby SPŠ Třebíč v rámci přípravy a realizace adaptačního programu.	ANO NE Nehodící se škrtněte.

Zdravotní prohlášení

Prosíme o co nejdůkladnější a nejpřesnější vyplnění všech kolonek.

Jméno a příjmení žáka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: tel.č.:

Zdravotní pojišťovna žáka:

Zdravotní, dietní či jiné omezení žáka, na které je nutné brát při realizaci AP zřetel:

.....
.....

Prohlašuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a úplné.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

Vyplní žák:

Jak jsi na tom s pohybem? (označ křížkem)

- ☐ žádný problém ☐ když to není moc rychle nebo moc daleko... ☐ běhat raději ne
☐ kousek popojdu ☐ 1 dřep=smrt!

Jaký sport máš nejraději?

Trpíš nějakou fobií (strach z výšky, uzavřeného prostoru aj.)? (NE / ANO jakou?).....

Hraješ na hudební nástroj? ANO (Na jaký?) / NE, ale zpívám
ANO / NE.