

Pokyny pro vyplnění tohoto formuláře: Dle potřeby prosím vyplňte nebo zaškrtněte

Příjmení dítěte	Křestní jméno	Den narození	Státní příslušnost	Počet sourozenců
Mateřský jazyk (matka/otec)	Mateřský jazyk (otec/matka)	Počet dospělých osob v domácnosti	Docházka do jeslí / mateřské školy Doba trvání v letech <input type="text"/>	
Jméno a adresa zákonného zástupce				
Příjmení, jméno.....		Příjmení, jméno.....		
Telefonní číslo:		Telefonní číslo:		
Adresa:				
Těhotenství a průběh porodu (informace ve žluté knížce s lékařskými záznamy)				
Ukončené týdny těhotenství: _ _ TT	Porodní hmotnost: _ _ _ _ gramů	<input type="checkbox"/> Vícečetný porod		
Vývoj				
Bylo u Vašeho dítěte <u>někdy</u> diagnostikováno opoždění ve vývoji?				<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Vývojové poruchy řeči	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Samostatný pohyb do 18 měsíců	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
První slova (jako máma, táta, auto) do 18 měsíců	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Dítě vyrůstá ve vícejazyčném prostředí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Kontakt s německým jazykem	<input type="checkbox"/> od narození	<input type="checkbox"/> nikoliv od narození		
Pokud nebyl kontakt s německým jazykem od narození, od jakého věku? _ roků _ _ měsíců				
Je Vaše dítě	<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> levák	<input type="checkbox"/> dosud nerozhodnuto	
Trpí nebo trpělo Vaše dítě některým z následujících onemocnění nebo zdravotních omezení?				
Poruchy zraku	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Šilhání	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Nosí brýle <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Těžké sluchové postižení	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Pokud ano, odpovězte prosím na následující otázky:		
<input type="checkbox"/> vrozené těžké sluchové postižení	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo		
<input type="checkbox"/> získané trvalé sluchové postižení	<input type="checkbox"/> vlevo	<input type="checkbox"/> vpravo		
<input type="checkbox"/> nosí naslouchátko od	vlevoměsíc/rok	vpravoměsíc/rok		
<input type="checkbox"/> má kochleární implantát od	vlevoměsíc/rok	vpravoměsíc/rok		
Vrozené metabolické/hormonální poruchy (pouze lékařsky diagnostikované):				<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Ano (jaké?):
<input type="checkbox"/> deficit MCAD	<input type="checkbox"/> hypothyreóza	<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> mukoviscidóza
<input type="checkbox"/> cukrovka typu 1				
Jiná chronická onemocnění:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké?):			
Těžké zdravotní postižení:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké?):			
Pravidelné užívání léků:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké?):			
Jste si vědomi nějakých onemocnění Vašeho dítěte, která vyžadují určité postupy v nouzových situacích (např. alergie, epilepsie atd.)?				
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano				
Pokud ano, jaká?				
Dostalo se někdy Vašemu dítěti podpůrného opatření nebo terapie?				
Účast na přípravném kurzu němčiny	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> plánována		
Jazyková terapie (logopedie)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dokončena	<input type="checkbox"/> aktuálně stále probíhá	<input type="checkbox"/> plánována	
Včasná intervence / léčebná pedagogika / ergoterapie	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dokončena	<input type="checkbox"/> aktuálně stále probíhá	<input type="checkbox"/> plánována	
Fyzioterapie	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dokončena	<input type="checkbox"/> aktuálně stále probíhá	<input type="checkbox"/> plánována	
Dětský/praktický lékař:				

Místo, datum

Podpis zákonného zástupce