

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Státní občanství: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání _____ Datum ukončení vzdělávání _____

Školní vzdělávací program: _____

Vyučující jazyk: **český**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů ANO NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

3. Jiná závažná sdělení lékaře: ANO NE

4. Alergie: ANO NE

5. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Odklad školní docházky na školní rok: _____

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

1. zákonný zástupce

2. zákonný zástupce