

## **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: \_\_\_\_\_

<b>ŠKOLNÍ ROK</b>	<b>TŘÍDA</b>	<b>UČITEL</b>

Datum zahájení vzdělávání \_\_\_\_\_ Datum ukončení vzdělávání \_\_\_\_\_

Rámcový vzdělávací program: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní 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