

## EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_

Kód zdravotní pojišťovny: \_\_\_\_\_ Mateřský jazyk: \_\_\_\_\_

### 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

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

Školní vzdělávací program: \_\_\_\_\_

Vyučovací jazyk: **český**

### VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) ANO    NE

*nebo*

je proti nákaze imunní ANO    NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO    NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO    NE

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? ANO    NE

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? ANO    NE

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? ANO    NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO    NE

7. Alergie: \_\_\_\_\_ ANO    NE

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

### ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: \_\_\_\_\_ Ze dne: \_\_\_\_\_ Číslo jednací: \_\_\_\_\_

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