

Bc. Petra Motyčková

zástupkyně ředitele školy pro předškolní vzdělávání

775 372 249

petra.motyckova@smysluplnaskola.cz

**EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE V MATEŘSKÉ ŠKOLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | Rodné číslo: |  |
| Adresa **trvalého** bydliště s PSČ: |  |
| Adresa **přechodného** bydliště s PSČ: |  |
| Datum narození: |  | Místo narození: |  | Zdravotní pojišťovna: |  |
| Pohlaví dítěte: |  | Státní občanství: |  | Mateřský jazyk: |  |
| Úroveň českého jazyka: | ☐ Rozumí a mluví \*) | ☐ Částečně rozumí \*) | ☐ Nerozumí \*) |
| \*) Křížkem označí zvolenou variantu pouze rodiče dětí s odlišným mateřským jazykem než je český. |
|  |
|  | Otec | Matka |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Adresa **trvalého** bydliště s PSČ: |  |  |
| Adresa **pro doručování** písemností |  |  |
| Telefon: |  |  |
| Email: |  |  |
| Odklad školní docházky byl udělen na rok:  | ze dne: | Č.j.: |
| U rozvedených rodičů (nepovinný údaj): Č. rozsudku: …………………………………………………..………………. ze dne: ………………………….………………. Dítě svěřeno do péče: ………………………………………………………………………………………………………………. Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: ……………………………………………………………………… |

**Beru na vědomí hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě.**

V ………………………………dne ……………………………..

Podpisy obou zákonných zástupců:

Matka: …………………………………………………. Otec:……………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře** |
| 1. **Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školky.**
 | **2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:** 1. **zdravotní**
2. **tělesné**
3. **smyslové**
4. **jiné**
 |
| Jiná závažní sdělení o dítěti: |
| Alergie: |
| 3. Možnost účasti na akcích školy – plavání, sanování, škola v přírodě |
| **POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE** podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví Dítě: ☐ **JE řádně očkované.** ☐ **NENÍ řádně očkované**, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. ☐ **NENÍ řádně očkované** z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. |

V……………………………………. dne………………………..

……………………………….

 razítko a podpis lékaře

**-----------------------------------Tuto část vyplňuje mateřská škola !!! ----------------------------------**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Školní rok: | Budova MŠ: Ln/Pe | Třída: | Dítě přijato: | Dítě odešlo: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |