

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: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |