



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: _____

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
<i>nebo</i>		
je proti nákaze imunní	ANO	NE
<i>nebo</i>		
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

.....
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