

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Mateřská škola, Praha 10, Tuchorazská 472/2a

Jméno a příjmení dítěte: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Místo narození: _____ Státní občanství: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Kód zdravotní pojišťovny: _____ Mateřský jazyk: _____

Vyučovací jazyk: **český-**

Odklad docházky na školní rok:ze dne:číslo jednací:.....

Zákonní zástupci:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

(vyplňte pouze v případě, že je rozdílná od trvalého bydliště)

Telefon: _____ Email : _____

Zaměstnavatel*: _____

**nepovinný údaj*

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

(vyplňte pouze v případě, že je rozdílná od trvalého bydliště)

Telefon: _____ Email: _____

Zaměstnavatel*: _____

**nepovinný údaj*

Sourozenci: _____

U rozvedených rodičů (vyplňuje se pouze v případě rozvedených rodičů)

č. rozsudku: _____ ze dne: _____

dítě svěřeno do péče: _____

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: _____

Beru na vědomí svou povinnost, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě.

V Praze, dne _____ Podpisy zákonných zástupců: _____

Потрібне підтвердження педіатра. Без цього підтвердження ваша заявка не буде зареєстрована.

Jméno dítěte: _____

Vyjádření lékaře:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO - NE
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO - NE
- a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné
3. Alergie, příp. jiná chronická onemocnění ANO - NE

Jaká: _____

4. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, dle ust. §50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (popř. splnilo podmínku nezbytného 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 2+1 dávka ANO – NE
- nebo je proti nákaze imunní ANO - NE
- nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky ANO -NE
5. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě ANO - NE
6. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ ANO - NE
- s jakým postižením? _____
4. Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

Tabulku níže nevyplňujte:

Školní rok	Škola:	Třída:	Dítě přijato:	Dítě odešlo: