



EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Základní obsah požadovaných údajů vychází ze zákona 561/2004 Sb., § 28 odst. 2. Údaje, které tato norma neupravuje jsou označeny a jejich uvedení je dobrovolné.

Pozn.: Formulář má dvě strany. Prosíme, tiskněte oboustranně.

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____ Rodné číslo _____ Mateřský jazyk _____

Místo trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR – cizinci) _____

Místo narození _____ Státní občanství _____ Kód zdravotní pojišťovny _____

Odklad povinné školní docházky ze dne _____, základní školy _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jméno a příjmení _____

Adresa trvalého bydliště _____

Kontaktní telefon/y _____

Jiné kontaktní údaje – datová schránka, E-mailová adresa (vyplněním těchto údajů souhlasí zákonný zástupce s jejich použitím za účelem zajištění komunikace školy se zákonnými zástupci dítěte):

Datová schránka (pouze soukromá, nikoli firemní, pracovní ...) _____

E-mailová adresa _____

Adresa pro doručování písemností (v případě, že je totožná s adresou trvalého bydliště, proškrtněte)

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jméno a příjmení _____

Adresa trvalého bydliště _____

Kontaktní telefon/y _____

Kontaktní telefon/y _____

Jiné kontaktní údaje – datová schránka, E-mailová adresa (vyplněním těchto údajů souhlasí zákonný zástupce s jejich použitím za účelem zajištění komunikace školy se zákonnými zástupci dítěte):

Datová schránka (pouze soukromá, nikoli firemní, pracovní ...) _____

E-mailová adresa _____

Adresa pro doručování písemností (v případě, že je totožná s adresou trvalého bydliště, proškrtněte)

ÚDAJE ŠKOLY

DATUM ZAHÁJENÍ VZDĚLÁVÁNÍ:

školní rok	třída	třídní učitelky

DATUM UKONČENÍ VZDĚLÁVÁNÍ: _____

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	

1. OČKOVÁNÍ (nehodící se škrtněte)		
Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statutu 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> Dítě je proti nákaze imunní	ANO	NE
<i>nebo</i> Dítě se očkování nemůže podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).	ANO	NE
2. ODCHYLKY V PSYCHOMOTORICKÉM VÝVOJI		
V případě, že se u dítěte odchylky vyskytují, uveďte jaké.	ANO	NE
3. CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ		
V případě, že dítě trpí chronickým onemocněním, uveďte jakým.	ANO	NE
4. PRAVIDELNÉ UŽÍVÁNÍ LÉKŮ		
V případě, že dítě užívá pravidelně léky, uveďte jaké.	ANO	NE
5. JEDNÁ SE O INTEGRACI POSTIŽENÉHO DÍTĚTE?		
V případě, že ANO, uveďte, o jaké postižení se jedná.	ANO	NE
6. DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ		
	ANO	NE

DATUM	RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

Beru na vědomí svou povinnost hlásit změny uvedených údajů, předávat dítě učitelce do třídy a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

Podepsáno v	Dne	Jména a podpisy zákonných zástupců