



EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Prosíme, tiskněte oboustranně.

Nutnými jsou POTVRZENÍ PEDIATRA a PODPISY ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ na druhé straně formuláře.
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.

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení _____

Místo narození _____ Rodné číslo _____ Datum narození _____

Místo trvalého pobytu (cizinci-místo pobytu na území ČR) _____

Státní občanství _____ Mateřský jazyk _____ Kód zdravotní pojišťovny _____

Odklad povinné školní docházky ze dne _____, základní školy _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jméno a příjmení _____

Telefon/y _____

E-mailová adresa _____

Osobní datová schránka _____

Pozn: datová schránka, e-mailová adresa (vyplněním těchto údajů souhlasí zákonný zástupce s jejich použitím za účelem zajištění komunikace školy se zákonnými zástupci dítěte)

Adresa trvalého bydliště (pouze je-li odlišná od adresy dítěte) _____

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

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jméno a příjmení _____

Telefon/y _____

E-mailová adresa _____

Osobní datová schránka _____

Pozn: datová schránka, e-mailová adresa (vyplněním těchto údajů souhlasí zákonný zástupce s jejich použitím za účelem zajištění komunikace školy se zákonnými zástupci dítěte)

Adresa trvalého bydliště (pouze je-li odlišná od adresy dítěte) _____

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

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE	DATUM NAROZENÍ

1. OČKOVÁNÍ	<i>(nehodící se škrtněte)</i>	
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	ANO	NE
V případě, že se u dítěte odchylky vyskytují, uveďte jaké.		
3. CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE
V případě, že dítě trpí chronickým onemocněním, uveďte jakým.		
4. PRAVIDELNÉ UŽÍVÁNÍ LÉKŮ	ANO	NE
V případě, že dítě užívá pravidelně léky, uveďte jaké.		
5. JEDNÁ SE O INTEGRACI POSTIŽENÉHO DÍTĚTE?	ANO	NE
V případě, že ANO, uveďte, o jaké postižení se jedná.		
6. DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ V MŠ	ANO	NE

DATUM	RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

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

Podepsáno v	Dne	Jméno, příjmení	a	podpis zákonných zástupců
.....
.....

DATUM ZAHÁJENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

DATUM UKONČENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

školní rok	třída	třídní učitelky	pokračování v násl. ŠR