



Mateřská škola Náš svět, Praha 10, příspěvková organizace

101 00 Praha 10, Magnitogorská 1430/14, IČO: 70 924 147

kontakt@msmagnitogorska.cz; tel.: 603 173 398

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.

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení

Rodné číslo **Datum narození**

Státní občanství **Mateřský jazyk**

Místo narození **Kód zdravotní pojišťovny**

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

Odklad povinné školní docházky ze dne; **ZŠ**

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)



Mateřská škola Náš svět, Praha 10, příspěvková organizace

101 00 Praha 10, Magnitogorská 1430/14, IČO: 70 924 147

kontakt@msmagnitogorska.cz; tel.: 603 173 398

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE	DATUM NAROZENÍ
-------------------------	----------------

1. OČKOVÁNÍ *PROSÍME, ODPOVĚĎ ZAKROUŽKUJTE*

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**

nebo Dítě je proti nákaze imunní **ANO NE**

nebo 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.

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

DATUM ZAHÁJENÍ VZDĚLÁVÁNÍ DATUM UKONČENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

školní rok třída kmenové učitelky-jméno, příjmení, podpis pokračování v násl. škol. roce
