

## EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_

Kód zdravotní pojišťovny: \_\_\_\_\_

český Mateřský jazyk: \_\_\_\_\_

### 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*:

shodná s adresou trvalého pobytu Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*:

shodná s adresou trvalého pobytu Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání: \_\_\_\_\_

Datum ukončení vzdělávání: \_\_\_\_\_

Vyučující 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

*nebo*

je proti nákaze imunní

ANO NE

*nebo*

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: \_\_\_\_\_ Jiná

ANO NE

sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

### ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: \_\_\_\_\_

Ze dne: \_\_\_\_\_

Číslo jednací: \_\_\_\_\_