**EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE**

**DÍTĚ**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………...

Místo trvalého pobytu: …………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………. Rodné číslo:……………………………….

Kód zdravotní pojišťovny: ……………………………

**1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………...

Místo trvalého pobytu \*: ……………………………………………………………………………….

Adresa pro doručování písemností: ………………………………………………………………….

Kontaktní telefon: ……………………………………….. E-mail: …………………………………….

**2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………...

Místo trvalého pobytu \*: ……………………………………………………………………………….

Adresa pro doručování písemností: ………………………………………………………………….

Kontaktní telefon: ……………………………………….. E-mail: …………………………………….

 **ŠKOLNÍ ROK TŘÍDA UČITEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Datum zahájení vzdělávání: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum ukončení vzdělávání: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* - popř. místo pobytu na úžemí ČR – cizinci

Rámcový vzdělávací program: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Školní vzdělávací program: **Za poznáním se včelkou**

Vyučující jazyk: **český**

**VYJÁDŘENÍ 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 ANO NE

dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně

2+1 dávka)

*nebo*

je proti nákaze imunní ANO NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou

kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací ANO NE

látky)

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

Jiná sdělení lékaře:

…………………………….. …………………………………

 Datum Razítko a podpis lékaře

**ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

Školní rok: ………………………… Ze dne: ……………………...Číslo jednací: ………………………….

**U rozvedených rodičů:**

č. rozsudku: ……………………………….. ze dne: ………………………………..

Dítě svěřeno do péče: ……………………………………………………………………………………………

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: …………………………………………………………..

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V ……………………………………….. dne ……………………………………

Podpisy zákonných zástupců:

……………………………………… ……………………………………..

 1. zákonný zástupce 2. zákonný zástupce

*Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.*