

Evidenční list

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....**rodné číslo:**...../.....

Trvalý pobyt:.....

Státní občanství:.....**zdravotní pojišťovna dítěte:**.....

Zákonní zástupci dítěte:

Jméno a příjmení:.....

.....

Trvalý pobyt:.....

.....

Adresa pro doručování písemností (je-li jiná, než adresa trvalého pobytu)

.....

Telefonické spojení:.....

Údaje o zdravotním postižení, nebo zdravotním či sociálním znevýhodněním:

Podpisy obou zákonných zástupců:.....

.....

V**dne:**.....

Údaje o zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích (vyjádření lékaře):

Dítě je zdravo, může být přijato do MŠ: ano ne

Dítě je řádně očkováno: ano ne

Dítě vyžaduje speciální péči: ano ne

Pokud ano, tak v jaké oblasti:

Alergie:.....

Možnost účasti na akcích MŠ (plavání, výlety, pobyty v přírodě, saunování, lyžování,...):

Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:

Datum:.....Razítko a podpis lékaře:.....

Dítě bude z MŠ vyzvedávat:.....

U rozvedených rodičů – dítě svěřeno do péče:.....

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

Datum zahájení předškolního vzdělávání:.....třída:.....

Údaje o průběhu vzdělávání:

Odklad školní docházky na rok:.....vydaný dne:.....čj.....