

## EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_

### 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

### 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

| ŠKOLNÍ ROK | TŘÍDA | UČITEL |
|------------|-------|--------|
|            |       |        |
|            |       |        |
|            |       |        |
|            |       |        |

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

\* - popř. místo pobytu na území ČR - cizinci

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

Školní vzdělávací program: \_\_\_\_\_

Vyučující jazyk: **český**

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

## 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 dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) dle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění

ANO x NE

*nebo*

je proti nákaze imunní

ANO x NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO x NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ?

ANO x NE

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ?

ANO x NE

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ?

ANO x NE

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?

ANO x NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO x NE

7. Alergie:

ANO x NE

8. Dítě je schopno účastnit se akcí školy: plavání, sauna, škola v přírodě, školní výlety, lyžování...

ANO x NE

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře