MŠ Mořice, okres Prostějov, příspěvková organizace

# EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

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

Adresa: ………………………………………………………………………………………….

PSČ: ……………………………………E-mail\*: …………………………………………...

Datum narození: ……………… Rodné číslo: …………………………Stát.obč.: ……………

Zdravotní pojišťovna: ……………………………………..Mateřský jazyk: ………………….

===================================================================

|  |  |
| --- | --- |
| Matka | Otec |
| Jméno a příjmení: ………………………………  | ……………………………………  |
| …………………………………………………  | ……………………………………  |
| Adresa: ……………………………………….. | ……………………………………  |
| …………………………………………………  | ……………………………………  |
| Telefon \*: ……………………………………….  | ……………………………………  |

Jméno a příjmení sourozenců, rok narození: …………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

Adresa-telefon při náhlém onemocnění dítěte: …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

\*Tel. a email je vyžadován pouze pro efektivní komunikaci mezi MŠ a rodiči, pro případ nemoci dítěte nebo úrazu.

Školní rok: Škola: Třída: Přijato: Odešlo:

Vyjádření lékaře:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)
3. zdravotní
4. tělesné
5. smyslové
6. jiné

Jinázávažnásdělení o dítěti: ……………………………………………………………………

Alergie: ………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

1. Dítě je řádně očkováno (dle zákona) ……………………………………………………
2. Možnost účasti na akcích školy - plavání, sportovní olympiády atd.

V ……………………………….. dne: ……………………………….

razítko

a

podpis

lékaře

Odklad školní docházky na rok: ………………………… ze dne: …………………………… č.j.:

1. Rozvedených rodičů:

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

dítě svěřené do péče: …………………………………………………………………………… umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s nímž dítě přišlo do styku.

1. Podpisy zákonných zástupců: ………………………………….

Dne: …………………………………..

Tento Evidenční list bude uchován po dobu docházky dítěte do MŠ a archivován dle zákonné lhůty a skartačního plánu MŠ.