



EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Adresa bydliště: PSČ:

Místo narození: Datum narození:

Rodné číslo: Kód zdravotní pojišťovny:

Státní obč.: Mateřský jazyk:

Matka:

Otec:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Datová schránka:

Zaměstnavatel:
(nepovinný údaj)

Jméno a datum narození sourozenců:

Kontakt při náhlém onemocnění:

Školní rok	Škola	Třída	Dítě přijato	Dítě odešlo





VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K ZDRAVOTNÍMU STAVU

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE
a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné.....

2. Jiná závažná sdělení lékaře: ANO NE
.....
.....

3. Alergie: ANO NE
.....

4. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě, bruslení, aj. ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Odklad školní docházky na rok: ze dne:

Čj.:

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 učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V dne:.....

.....
Podpis zákonného zástupce

