****

**Evidenční list pro dítě v Mateřské škole Wlaštovka**

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

Adresa vč. PSČ: ....................................................................................................................................................................

Místo narození: ...................................................................................................................................................................

Datum narození: .................................................... R.č.: .............................................. Stát obč.: …………….................

Kód zdravotní pojišťovny: .................................... Mateřský jazyk: ...................................................

Jméno a datum narození sourozenců:

.............................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

 

Matka:

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

...........................................................................................

Zaměstnavatel: .................................................................

Adresa pracoviště: ............................................................

...........................................................................................

Telefon: ..................................................................



Otec:

..............................................................................

..............................................................................

..............................................................................

..............................................................................

..............................................................................

..............................................................................

Adresa a telefon při náhlém onemocnění: .........................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Školní rok** | **Škola** | **Třída** | **Dítě přijato** | **Dítě odešlo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Nevyplňujte, určeno pro zápisy školy.)

Vyjádření lékaře

Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

Dítě vyžaduje speciální péči v oblastech:

1. zdravotní
2. tělesné
3. smyslové
4. jiné

Jiná závazná sdělení o dítěti:

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

Alergie:

...............................................................................................................................................................................................

Dítě je řádně očkováno

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, solná jeskyně, škola v přírodě, výlety

...............................................................................................................................................................................................

V ........................................................................................... dne .........................................................................................

Razítko a podpis lékaře:



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

Dítě bude z mateřské školy vyzvedávat: ……………………….…………………………………………………………………………………………………..

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



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 ………………………………………………………………………………………….

Podpisy obou zákonných zástupců:

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