

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte

.....

Adresa

.....PSC.....

Místo narození.....Datum narození.....

Rodné číslo.....Státní občanství.....

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

Matka:

Otec:

Jméno a příjmení

.....

Adresa

.....

Telefon

.....

Email

.....

Beru na vědomí svou povinnost dodržovat a řídit se školním řádem a hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě.

V..... dne

Podpisy obou rodičů (zákonných zástupců):

.....

Vyplní MŠ:

školní rok	škola	třída	dítě přijato	dítě odešlo

Dítěti udělen OŠD Dítěti přidělen AP

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

V souladu s § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění a § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, může MŠ, s výjimkou zařízení, do nichž je docházka povinná, přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, případně má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Dítě je řádně očkováno:	* ANO	NE
Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní:	ANO	NE
Trvalá kontraindikace:	ANO	NE
Alergie:	ANO	NE
Možnost účasti na akcích školy - plavání, kondiční cvičení	ANO	NE

Přijetí do mateřské školy: DOPORUČUJI NEDOPORUČUJI

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

* nehodící se škrtněte