

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE V MATEŘSKÉ ŠKOLE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: Datum narození:

Místo narození: Rodné číslo:

Místo trvalého pobytu: Státní občanství:

Zdravotní pojišťovna: Mateřský jazyk:

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu: *

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon: E-mail:

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu: *

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon: E-mail:

(tuto tabulku vyplní mateřská škola)

Školní rok	Pracoviště 2. MŠ K. Vary	Třída	Zahájení vzdělávání	Ukončení vzdělávání

* - popř. místo pobytu na území ČR – cizinci

2. Mateřská škola Karlovy Vary, Krušnohorská 16, příspěvková organizace
Krušnohorská 740/16, 360 10 Karlovy Vary, IČ: 71237011

Vyjádření lékaře:

Jméno, příjmení, dat. narození dítěte:

1. **Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:** **ANO** **NE**

2. **Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:** (zakroužkujte/proškrtněte)

- a) Zdravotní
- b) Tělesné
- c) Smyslové
- d) Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

3. **Dítě je řádně očkováno:** **ANO** **NE**

4. **Účast na akcích školy – plavání, saunování, výlety** **ANO** **NE**

Dne: **razítko a podpis lékaře**

Odklad školní docházky na školní rok: ze dne: čj.:.....

ZDE UVEĎTE OSOBY, KTERÉ budou dítě z MŠ vyzvedávat:

U rozvedených rodičů:

Číslo rozsudku: ze dne:

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Beru na vědomí povinnost oznamovat mateřské škole veškeré změny kontaktních údajů a změny rodinných poměrů (například úpravu styku s dítětem)

Datum:

PODPISY OBOU ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE