

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

ZŠ a MŠ ZÁBOŘÍ, 387 34 Záboří 44, IČ 750 00 971

Jméno a příjmení dítěte:

Místo trvalého pobytu:

Datum narození:

--	--	--	--	--	--	--	--

 R.č.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Stát obč.:

Kód zdravotní pojišťovny:

--	--	--

 Mateřský jazyk:

1. Zákonný zástupce:

2. Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení :

Jméno a příjmení.....

.....

.....

Telefon:

Telefon

Jméno a telefon při náhlém onemocnění:

.....

Školní rok :	Škola:	Třída:	Dítě přijato:	Dítě odešlo:

Zmocnění k vyzvedávání dítěte:

Rodiče pověřují k vyzvedávání dítěte po dobu docházky do mateřské školy:

➤ dospělou osobu

➤ nezletilého sourozence

Vyjádření lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblastech:
 - a) zdravotní
 - b) tělesné
 - c) smyslové
 - d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

Alergie:.....

3. Dítě je řádně očkováno

.....

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

.....

V dne

Razítko a podpis lékaře ¹⁾

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

Svým podpisem potvrzuji, že beru na vědomí Školní řád MŠ a zavazuji se, že budu plnit své povinnosti z něj vyplývající.

Výslovně souhlasím s tím, že MŠ:

může zpracovávat osobní údaje o zdravotních obtížích (alergie, očkování, ...) mého dítěte, které by mohly mít vliv na pobyt dítěte v MŠ. Výslovný souhlas uděluji po dobu docházky do MŠ. Výslovný souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím

Nesouhlasím

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

.....
podpis 1. zákonného zástupce

.....
podpis 2. zákonného zástupce

U rozvedených rodičů, omezení práv některého zákonného zástupce a obdobné, uveďte:

Č. rozsudku..... ze dne:

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

¹⁾ V případě, že potvrzení od lékaře není jako samostatná příloha