EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Jméno a příjmení dítěte: ….....

Místo trvalého pobytu: …….

Datum narození: …….. Rodné číslo: …….St.obč.: ……

Mateřský jazyk: ……. Zdravotní pojišťovna: ……...

	1.zákonný zástupce	**2.zákonný zástupce**
Jméno a příjmení:	**……**	**……**
Místo trval. pobytu:	**……..**	**……...**
	…….	**……..**
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 (neplatí pro děti s povinným předškolním vzděláváním)

1. Údaje o zdravotní způsobilosti:
   Dítě může být přijato do MŠ ANO NE

2. Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na poskytování školské služby
   Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: a) zdravotní
   b) tělesné
   c) smyslové
   d) jiné
   Jiná závažná sdělení o dítěti: …….
   …….
   …….
   Alergie: ……
   ……..
   ……
3. Dítě je řádně očkováno: ……..
   ……...
4. Omezení účasti na akcích školy – plavání, výlety ……...

V…….dne……

…….
Razítko a podpis lékaře

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: ……..

*případné další informace doplňte na zvláštní list