

**EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE
VALAŠSKÁ POLANKA, OKRES VSETÍN**

Jméno a příjmení dítěte:

Adresa:

PSČ: R.č.

Datum narození: Státní občanství:

Zdravotní pojišťovna: Mateřský jazyk:

Matka	Otec
--------------	-------------

Jméno a příjmení:
-------------------------	-------

Adresa:
---------------	-------

.....
-------	-------

Telefon:
----------------	-------

E-mail:
---------------	-------

telefon při náhlém onemocnění dítěte:

.....

Záznamy školy:

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

Odklad školní docházky na rok ze dne:

Č.j.:

Vyjádření lékaře:

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

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

3. Dítě je řádně očkováno

V dne:

razítko a podpis lékaře

Zákonní zástupci dítěte jsou si plně vědomi, že pokud nebudou řádně platit úplatu za před – školní vzdělávání a stravné po dobu docházky v MŠ, mohou být jejich děti vyloučeny z MŠ.

U rozvedených rodičů:

č. rozsudku ze dne:

dítě svěřené do péče:

umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s nímž dítě přišlo do styku.

V dne: Podpis zákonných zástupců:.....

.....