**Evidenční list pro dítě v soukromé Mateřské škole/DS**

Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………..………

Adresa: ……………………………………………………………………………

Místo narození: …………………………………….

Datum narození: ………………… Rodné číslo: ……………………..

Stát. obč.: ………………………... Kód zdravotní pojišťovny: ………

**Matka:**

Jméno a příjmení: …………………….…………………..……………………….

Datum narození: …………………….

Adresa trvalého bydliště: …………….……………………………………………

Telefon: ……..…………………….E-mail: ……………………..……………….

Zaměstnavatel (adresa, telefon) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Otec:**

Jméno a příjmení: ………………………..……………………………………….

Datum narození: …………………….

Adresa trvalého bydliště: …………………………………………………………

Telefon: ………………….………. E-mail: ……………………………………..

Zaměstnavatel (adresa, telefon) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení sourozenců, rok narození:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dítě navštěvovalo:**

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

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

V ……………………… dne …………………

Podpisy zákonných zástupců:

……………………………. …………………………….

**Vyjádření lékaře**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do školky/jeslí ANO/NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti ANO/NE

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, pohybovky atd.

V ……………….. Dne ……………

…………….………………………..

Razítko a podpis lékaře