**Mateřská škola Bílina, Síbova 332, příspěvková organizace**
Síbova 332, 41801 Bílina, IČ: 63788179
ID datové schránky: 3geknqm, tel. 417529128, email: ms.sibova@bilina.cz

# EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

## DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Státní občanství: _____

Kód zdravotní pojišťovny: _____ Mateřský jazyk: _____

## 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____ Email: _____

Datová schránka: _____

## 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____ Email: _____

Datová schránka: _____

| ŠKOLNÍ ROK | TŘÍDA | UČITEL |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Datum zahájení vzdělávání: _____ Datum ukončení vzdělávání: _____

* - popř. místo pobytu na území ČR - cizinci

Rámcový vzdělávací program: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Školní vzdělávací program: **ŠVP PV "Barevná školka"**

Vyučující jazyk: **český**

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

| | | |
|---|---|---|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) | ANO | NE |
| *nebo* | | |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| *nebo* | | |
| nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? | ANO | NE |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? | ANO | NE |
| 4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? | ANO | NE |
| 5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? | ANO | NE |
| 6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |
| 7. Alergie: _____ | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....  .....

Datum  Razítko a podpis lékaře

## ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: _____  Ze dne: _____  Číslo jednací: _____

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

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců: _____ _____

1. zákonný zástupce  2. zákonný zástupce

*Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.*