**EVIDENČNÍ LIST**

**Podklady pro matriku MŠ Veleň, Hlavní 160, 250 63 Veleň**

**Informace o dítěti**

|  |
| --- |
| Jméno: |
| Příjmení: |
| Datum a místo narození: |
| Rodné číslo: Kód pojišťovny: |
| Mateřský jazyk: Státní občanství: |

**Bydliště dítěte (trvalý pobyt)**

|  |
| --- |
| Ulice, č.p./č.o.: |
| Město, část obce: PSČ: |

**Kontaktní údajů rodičů (zákonných zástupců)**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení matky: vyzvedává: ANO NE | |
| Bydliště matky: | |
| Telefon matky | E-mail matky: |
| Jméno a příjmení otce: vyzvedává: ANO NE | |
| Bydliště otce: | |
| Telefon otce: | E-mail otce: |

**Kontakty v případě náhlého onemocnění dítěte**

|  |
| --- |
| Jméno a telefon: |
| Adresa: |

**Pro vnitřní potřebu školy (vyplňuje MŠ)**

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

**POTVRZENÍ OD LÉKAŘE**

|  |
| --- |
| Dítě může/nemůže \*) být přijato do mateřské školy, je/není \*) zdrávo.  Dítě vyžaduje speciální péči v těchto oblastech (zakroužkujte)  ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ SMYSLOVÉ JINÉ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Závažná sdělení o dítěti, které by měla mateřská škola vědět:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dítě je řádně očkováno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dítě se může účastnit akcí školy: plavání, saunování, škola v přírodě:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Razítko a podpis lékaře  \*) Nehodící se škrtněte |

**Osoby pověřené vyzvedáváním dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení: | Jméno, příjmení: |
| Jméno, příjmení: | Jméno, příjmení: |
| Jméno, příjmení: | Jméno, příjmení: |
| Jméno, příjmení: | Jméno, příjmení: |

**Vyplňte, pokud jsou rodiče rozvedeni**

|  |  |
| --- | --- |
| Komu bylo dítě svěřeno do péče: | Č. rozsudku: |
| Úprava styku s druhým rodičem: | |

|  |
| --- |
| Beru na vědomí, že jakékoli změny v evidenčním listě musím neprodleně nahlásit a doplnit (popř. opravit). Zavazuji se, že neprodleně oznámím učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpisy obou rodičů (zákonných zástupců) |