# DÍTĚ:

**Mateřská škola Čtyřlístek Odry, příspěvková organizace**

Pohořská 988/23, 74235 Odry, IČ: 70981418

ID datové schránky: haakqdt, tel. 556731560, email: materskaskola@ctyrlistekodry.cz

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Datum narození: Rodné číslo:

Místo narození:

Státní občanství:

Kód zdravotní pojišťovny: Mateřský jazyk:

# ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu \*:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon: Datová schránka:

Email (čitelně):

# ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu \*:

\* - popř. místo pobytu na území ČR - cizinci

 Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon: Datová schránka:

Email (čitelně):

Datum zahájení vzdělávání\*\*: Datum ukončení vzdělávání\*\*:

\*\* vyplní škola

# ŠKOLNÍ ROK\*\* TŘÍDA\*\* UČITEL\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Školní vzdělávací program: **S kamarády objevujeme svět**

Vyučující jazyk: **český**

**Mateřská škola Čtyřlístek Odry, příspěvková organizace**

Pohořská 988/23, 74235 Odry, IČ: 70981418

ID datové schránky: haakqdt, tel. 556731560, email: materskaskola@ctyrlistekodry.cz

**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)

*nebo*

## ANO NE

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: Jiná sdělení lékaře: | ANO | NE |

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

Podpis zákonného 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.*