

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Státní občanství: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání _____ Datum ukončení vzdělávání _____

* - popř. místo pobytu na území ČR - cizinci

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.

Školní vzdělávací program: _____

Vyučující jazyk: **český**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

a) zdravotní b) tělesné: c) smyslové: d) mentální:

3. Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

4. Alergie: _____

5. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do mateřské školy dle ust. §50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ANO NE

6. Možnost účasti na akcích školy - plavání, výlety apod. ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Odklad školní docházky na školní rok: _____

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

1. zákonný zástupce

2. zákonný zástupce