

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Název mateřské školy

Dítě:

Jméno Příjmení

Adresa trvalého pobytu, PSČ
(u cizinců místo pobytu)

Kód zdrav. poj. Místo narození

Datum narození Rodné číslo

Státní občanství Mluví dítě česky?
(nepovinný údaj) Ano Ne Částečně

Zákonný zástupce :	Matka	Otec
Jméno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa pro doručování	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(V případě změny vyplní MŠ)</i>		
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(V případě změny vyplní MŠ)</i>		
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>(V případě změny vyplní MŠ)</i>		

Informace o zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích nebo jiných závažných skutečnostech dítěte a jiná důležitá sdělení o dítěti (v případě potřeby vyplní zákonný zástupce) :

Má dítě speciální vzdělávací potřeby vyžadující poskytování podpůrných opatření školy ? ANO NE

V Praze dne:

.....
Podpis alespoň jednoho ze zákonných zástupců

Školní rok	Škola	Třída	Dítě přijato	Dítě odešlo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vyjádření lékaře ke zdravotní způsobilosti dítěte

Dítě:

Jméno

Příjmení

Potvrzuji zdravotní způsobilost dítěte k předškolnímu vzdělávání:

1) s pravidelnou denní **docházkou dítěte do mateřské školy bez omezení** zdravotní stav dítěte umožňuje bezproblémové zařazení do kolektivu až 28 dětí ¹⁾

ANO NE

2) podmíněčně vzhledem **ke zdravotnímu stavu dítěte doporučuji zkušební pobyt** ²⁾

ANO NE

3) doporučuji **vyjádření odborného lékaře**

ANO NE

4) trpí-li dítě jakýmkoli zdravotními obtížemi (chronickými, sezónními apod.), které mohou mít nepříznivý vliv na jeho začlenění do početnějšího dětského kolektivu, specifikujte je a uveďte svá doporučení, která by měla mateřská škola přijmout k minimalizaci vzniklých obtíží:

Potvrzuji, že je dítě očkováno :

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, příp. má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (ve smyslu § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)

ANO NE

V

Podpis a
razítko
lékaře

Dne

Vysvětlivky:

1) Maximální počet dětí ve třídě činí ve smyslu vyhlášky č. 14/2015 Sb., o předškolním vzdělávání, 24 a na základě výjimky udělené zřizovatelem je však možno tento počet zvýšit až o 4 děti.

2) Ve smyslu § 34 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Účelem zkušebního pobytu dítěte je zjistit, zda dítě docházku do mateřské školy zvládne.