

# EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MŠ

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Stát.obč.: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Mateřský jazyk: \_\_\_\_\_

---

Matka	Otec
Jméno a příjmení: _____	_____
Adresa: _____	_____
Telefon: _____	_____
Zaměstnavatel: _____	_____
Telefon: .....	.....

---

Jméno a příjmení sourozence	Rok narození
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Telefon při náhlém onemocnění dítěte: \_\_\_\_\_

---

Školní rok	Škola	Třída	Přijato	Odešlo

## **Vyjádření lékaře:**

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) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

---

---

---

---

---

Alergie:

---

---

---

3. Dítě je řádně očkováno

---

4. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě, lyžařský kurz

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

Zákonní zástupci dítěte jsou si plně vědomi, že pokud nebudou řádně platit úplatu za předškolní vzdělávání a stravné po dobu docházky v MŠ, mohou být jejich děti vyloučeny z MŠ.

---

---

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat telefonicky či osobně nepřítomnost dítěte v mateřské škole. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_