**EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE**

**ZŠ a MŠ ZÁBOŘÍ,** 387 34 Záboří 44, IČ 750 00 971

Jméno a příjmení dítěte: ....................................................................................................................................

Místo trvalého pobytu: .........................................................................................................................................

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

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

Datum narození: R.č.:. Stát obč.: ..............

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

Kód zdravotní pojišťovny: Mateřský jazyk: .............. .............. .............. .

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení : ............................................................

...........................................................................................

Telefon: ............................................................................

1. Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení...........................................

.......................................................................

Telefon ……...................................................

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Jméno a telefon při náhlém onemocnění: ..........................................................................................................

.............................................................................................................................................................................



**Zmocnění k vyzvedávání dítěte:**

Rodiče pověřují k vyzvedávání dítěte po dobu docházky do mateřské školy:

* dospělou osobu ………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………
* nezletilého sourozence ………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………

**Vyjádření lékaře**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblastech:
3. zdravotní
4. tělesné
5. smyslové
6. jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

Alergie:.................................................................................................................................................................

1. Dítě je řádně očkováno

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

1. Možnost účasti na akcích školy- plavání, saunování, solná jeskyně, škola v přírodě, výlety

.............................................................................................................................................................................

V ……………………………………………. dne …………...………………………………………………

 Razítko a podpis lékaře 1)

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

Svým podpisem potvrzuji, že beru na vědomí Školní řád MŠ a zavazuji se, že budu plnit své povinnosti z něj vyplývající.

**Výslovně souhlasím s tím, že MŠ:**

může zpracovávat osobní údaje o zdravotních obtížích (alergie, očkování, …) mého dítěte, které by mohly mít vliv na pobyt dítěte v MŠ. Výslovný souhlas uděluji po dobu docházky do MŠ. Výslovný souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím Nesouhlasím

V………………………dne………………...

…………………………….. ……………………………….

podpis 1. zákonného zástupce podpis 2. zákonného zástupce

U rozvedených rodičů, omezení práv některého zákonného zástupce a obdobné, uveďte:

Č.rozsudku…………………………………. ze dne: ……………………………………

Dítě svěřeno do péče: …………………………………………………………………………...

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: ……………………………………………..

1) V případě, že potvrzení od lékaře není jako samostatná příloha