

# EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Jméno a příjmení dítěte: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Místo narození: .....

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

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

Matka:

Otec:

Jméno a příjmení: .....

Adresa: .....

Telefon: .....

Zaměstnavatel:\*)  
(adresa, telefon) .....

Adresa a telefon při náhlém onemocnění: .....

Školní rok:	Škola:	Třída:	Dítě přijato:	Dítě odešlo:

\*) jedná se o nepovinný údaj na základě dohody s rodiči.



## Vyjádření lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)
  - 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

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis lékaře\*)

Odklad školní docházky na rok ..... ze dne: .....

čj.: .....

Dítě bude z mateřské školy vyzvedávat: .....

.....

.....

.....

U rozvedených rodičů:

č. rozsudku ..... ze dne: .....

dítě svěřeno do péče: .....

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

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

V ..... dne: .....

Podpisy obou rodičů:

.....

.....

\*) V případě, že přihláška dítěte do mateřské školy neobsahuje potvrzení lékaře

## Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno(-a) a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Adresa místa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Posuzované dítě: - je zdravotně způsobilé\*)

- není zdravotně způsobilé\*)

- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): \*)

\_\_\_\_\_

Potvrzujeme, že dítě - se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)

- je proti nákaze imunní (typ/druh): \_\_\_\_\_

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) : \_\_\_\_\_

- je alergické na : \_\_\_\_\_

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): \_\_\_\_\_

Jiné sdělení lékaře:

\_\_\_\_\_ datum vydání posudku

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře

*Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvoval školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

\*) Nevhodné škrtněte.