

## EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_

Kód zdravotní pojišťovny: \_\_\_\_\_

### 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

### 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITELKY

Datum zahájení vzdělávání \_\_\_\_\_ Datum ukončení vzdělávání \_\_\_\_\_

Školní vzdělávací program: **ZAČÍT SPOLU**

Vyučující jazyk: **český**

<b>VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE</b>		
Jméno a příjmení dítěte:		
Datum narození:		
1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popřípadě splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)		
	ANO	NE
nebo		
je proti nákaze imunní	ANO	NE
nebo		
nemůže se očkování podrobit pro trvalou indikaci, popřípadě pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)		
	ANO	NE
_____	_____	
Datum	Razítko a podpis lékaře	

### **ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

Odklad školní docházky na školní rok: \_\_\_\_\_

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v Dětském centru.

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

Podpisy zákonných zástupců: \_\_\_\_\_  
1. zákonný zástupce                      2. zákonný zástupce