

EVIDENČNÍ LIST¹

1. DÍTĚ

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Přechodné bydliště: _____

Datum a místo narození: _____ Rodné číslo: _____

Národnost: _____ Státní občanství: _____

Mateřský jazyk: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Lékař: _____ Datum nástupu: _____

2. RODIČ

Matka

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Přechodné bydliště: _____

Datum narození: _____ Národnost: _____

Zaměstnavatel (název, adr., tel.): _____

Email: _____ Telefon: _____

Otec

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Přechodné bydliště: _____

Datum narození: _____ Národnost: _____

Zaměstnavatel (název, adr., tel.): _____

Email: _____ Telefon: _____

Kontaktní údaje na osobu při náhlém onemocnění dítěte (budou-li matka i otec nedostupní, např. babička, chůva, sousedka): _____

3. SOUROZENCI

Jméno/jména: _____ Datum narození: _____

¹ 1 V souladu s: (i) § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně zdraví, (ii) § 37 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, (iii) § 34 odst. 4 školského zákona a (iv) § 11, písm. h), zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině ve znění pozdějších předpisů. Rodič je povinen doložit **EL nejpozději v den zahájení docházky** dítěte do DS. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost do doby změny zdravotní způsobilosti dítěte. Dojde-li ke změně zdravotní způsobilosti dítěte, je rodič **povinen doložit nový lékařský posudek do 10 dnů** ode dne zániku platnosti původního lékařského posudku.



4. POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

- a) Dítě je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny: ANO NE
- b) Dítě trvale užívá léky: ANO NE Vypište:
- c) Dítě má alergii: ANO NE Vypište:
- d) Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním: ANO NE
- e) Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou _____, protože je proti nákaze imunní: ANO NE
- f) Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou _____, protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit: ANO NE
- g) Dítě se nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním, jelikož má lékařem doporučen a stanoven individuální očkovací plán: ANO NE
- h) Možnost účasti na Školkových akcích (např. Školka v přírodě): ANO NE
- i) Dítě vyžaduje speciální péči: ANO NE Vypište:

Datum vystavení: _____ Razítko a podpis lékaře: _____

5. ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY²

Pro školní rok: _____ ze dne: _____, č.jednací.: _____

6. SOUDNÍ ÚPRAVA STYKU S DÍTĚTEM

Soudní úprava styku s dítětem (např. střídává péče): ANO NE

V případě ANO prosíme doložit úředně ověřenou kopii soudního rozhodnutí (s razítkem nabytí právní moci / vykonatelnosti).

Možnost doručení EL: osobně, datovou schránkou, elektronicky s uznávaným elektronickým podpisem, poštou.

Případné změny nahlásím neprodleně.

PODPIS MATKY: _____ PODPIS OTCE: _____

² Povinnost plnit předškolní vzdělávání mají děti, které dosáhly do 31. 8. pěti (5) let. Rodič může místo povinného předškolního vzdělávání zvolit **individuální vzdělávání**. Dítě pak vzdělává **doma** sám. Vzdělávat může i **jiná osoba**. Nebo dítě navštěvuje **jiné zařízení**. Rodič musí nicméně i tak přihlásit dítě k **zápisu** k předškolnímu vzdělávání. Žádost o individuální vzdělávání dítěte předá řediteli školy zároveň s přihláškou k zápisu nebo nejpozději 3 měsíce před počátkem školního roku (tj. do 31.5. příslušného roku).

