

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Adresa: PSČ:

Změna adresy: PSČ:

Jméno a datum narození sourozenců, pokud navštěvují naše zařízení:

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

Matka

Otec

Jméno:

Adresa:

Telefon:

Email:

Telefon do zaměstnání:

Osoby určené pro kontakt při náhlém onemocnění dítěte v případě nedostupnosti zákonných zástupců (jméno, telefon):

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

Důležité informace o zdravotním stavu dítěte (alergie, léky, speciální potřeby):

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

Mimo zákonné zástupce bude dítě z mateřské školy vyzvedávat:

Sourozenci či jiné nezletilé osoby (jméno, datum narození):

.....
.....

Jiné zletilé osoby (jméno, vztah k dítěti, telefon):

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

U rozvedených rodičů:

č. rozsudkuze dne:

dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Odklad školní docházky na rok ze dne:

čj.:

Beru na vědomí svou povinnost hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě.

V Ostravě dne:

Podpisy zákonného zástupce dítěte:

ZÁZNAMY MATEŘSKÉ ŠKOLY:

Školní rok:	Třída:	Dítě přijato:	Dítě odešlo

Ukončení předškolního vzdělávání ke dni:.....

Podpis zákonného zástupce dítěte:.....