

Evidenční list DÍTĚTE

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Rodné číslo:

Kód zdravotní pojišťovny

Adresa.....

Místo narození.....

Státní občanství.....

Mateřský jazyk.....

Sourozenci (jméno, příjmení a datum narození).....

ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI DÍTĚTE

MATKA

OTEC

Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Datum narození:	Datum narození:
Státní občanství:	Státní občanství:
Adresa trvalého pobytu:	Adresa trvalého pobytu:
Adresa pro doručování:	Adresa pro doručování:
Zaměstnavatel*:	Zaměstnavatel*:
Mobilní telefon:	Mobilní telefon:
Email:	Email:

Tel. v případě náhlého onemocnění:

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

Podpis zákonného zástupce.....

U ROZVEDENÝCH RODIČŮ Č. ROZSUDKU:.....ZE DNE.....
Dítě svěřeno do péče:
Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:
Dítě bude dále vyzvedávat:
Jméno a příjmení:
Mobilní telefon:
E-mail:

DOCHÁZKA

Dítě nastoupí závazně od - do:
Uveďte předběžný počet dnů v týdnu: 3 dny
Předpokládaná doba docházky: dopoledne
Cena (vyplní Vyšehrádek):

SOUHLAS SE ZASÍLÁNÍM INFORMAČNÍCH SDĚLENÍ

Souhlasím se zasíláním newsletterů s informacemi o školkovém programu, akcích pro rodiče a děti a s pozvánkami na semináře pro rodiče v rámci elektronické komunikace v souladu s prohlášením o zpracování osobních údajů dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (známé jako GDPR). Souhlas je dobrovolný a zůstává v platnosti po dobu využívání služeb Vyšehrádku a následujících 10 let poté, dokud je písemně neodhlásíte prostřednictvím zaslání mailu.

V.....dne

Podpis zákonného zástupce.....

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Dítě je zdravé, může být přijato do dětského kolektivu MATEŘSKÉ ŠKOLY .

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

Zdravotní

Tělesné

Smyslové

Jiné zdravotní

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Dítě je řádně očkováno:

Dieta:

Pokud se jedná o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, je nutné doložit vyjádření školského poradenského zařízení, popř.: registrujícího lékaře, aby mohla vydat rozhodnutí o přijetí a mohla být nastavena vhodná podpůrná opatření.

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

Podpis a razítko lékaře: