**Základní škola a Mateřská škola Dobrá Voda, Na Vyhlídce 6, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic**

**Evidenční list dítěte**

 **Mateřská škola Dobrá Voda, Zacharova 17, 373 16 Dobrá Voda u ČB**

**Dítě:**

Příjmení a jméno.................................................................................................................................................

Datum narození..........................................................

Bydliště..........................................................................................................................PSČ................................

**Zákonní zástupci:**

Jméno a příjmení matky......................................................................................................................................

Bydliště................................................................................................................................................................

Telefon............................................................Email...........................................................................................

Jméno a příjmení otce.........................................................................................................................................

Bydliště................................................................................................................................................................

Telefon............................................................Email...........................................................................................

**Vyjádření dětského lékaře:**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
* Zdravotní
* Tělesné
* Smyslové
* Jiné
1. Jiná závažná sdělení o dítěti:
2. Alergie:
3. Omezení
4. Možnost účasti na akcích školy: plavání, saunování, škola v přírodě a jiné:
5. Očkování dle očkovacího kalendáře:

V .................................................dne.................................... ........................................................ Razítko a podpis dětského lékaře

**Podpisy obou zákonných zástupců:**

Místo narození............................................................RČ...................................................................................

Národnost...................................................................Státní občanství..............................................................

Mateřský jazyk....................................................................................................................................................

Zdravotní stav..........................................................Zdravotní pojišťovna..........................................................

Očkování dle očkovacího kalendáře ano / ne Dětský lékař...................................................................

Telefon – při náhlém onemocnění dítěte...........................................................................................................

Email, který je pravidelně využíván.....................................................................................................................

**Dítě bude z mateřské školy vyzvedávat:** /jméno, vztah k dítěti, k zákonným zástupcům/

**Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě (např. změnu trvalého bydliště, změnu zdravotní pojišťovny, apod.) a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole (viz. Školní řád)**

Školní rok: Škola: Třída: Podpis rodičů: