



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V _____

Provozovatel. Helpstep, z.s.

Jméno a příjmení:

Adresa: PSC:

Místo narození:

Datum narození:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 R.č.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Stát obč.:

Kód zdravotní pojišťovny:

--	--	--

 Mateřský jazyk:

Matka:

Otec:

Jméno a příjmení :

Adresa:

Telefon:

Zaměstnavatel:

Adresa a telefon při náhlém onemocnění:

Doba pobytu dítěte v DSJ: kdykoliv v době provozu DSJ (pracovní dny 7:00 – 17:00)

Způsob platby: bezhotovostně na účet provozovatele DSJ, nebo platbou v hotovosti (viz provozní řád)

Dítě bude z mateřské školy vyzvedávat:

*) jedná se o nepovinný údaj

Vyjádření lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblastech: a) b) c) d)
a) zdravotní
b) tělesné
c) smyslové
d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

3. Dítě je řádně očkováno

.....

4. Možnost účasti na akcích školy- plavání, saunování, solná jeskyně, škola v přírodě, výlety

.....

V dne

Razítko a podpis lékaře

Odklad školní docházky na rok ze dne:

č.j.:

U rozvedených rodičů:

č.rozsudku ze dne:

dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

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

Podpisy obou zákonných zástupců:

¹⁾ V případě, že přihláška dítěte do mateřské školy neobsahuje potvrzení lékaře.