



ŠKOLA NA CESTĚ

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Jméno a příjmení dítěte:,.....

Adresa (trvalé bydliště): PSČ:,.....

Místo a datum narození.:

Rodné číslo:Státní obč.: Mateřský jazyk:

Kód a název zdravotní pojišťovny:

	Zákonný zástupce 1	Zákonný zástupce 2
Jméno		
Příjmení		
Adresa: Ulice, číslo popisné Město PSČ		
Telefon		
E-mail		
Zaměstnavatel *		

*) adresa a telefon zaměstnavatele, jedná se o nepovinný údaj na základě dohody s rodiči

Zdravotní obtíže, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání (např. pohybové omezení, potravinové intolerance apod.):

Osoby, kromě zákonných zástupců, oprávněné k vyzvedávání dítěte:

Jméno, příjmení	Telefon

V Pardubicích dne

Podpisy obou rodičů:

Očkování dítěte

Zaškrtněte dle skutečného stavu:

a) Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavaxinou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka).

b) Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní.

c) Dítě má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

Datum:

Razítko a podpis lékaře: