

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Státní občanství: _____

Kód zdravotní pojišťovny: _____ Mateřský jazyk: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____ Email: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu *: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon: _____ Email: _____

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání: _____ Datum ukončení vzdělávání: _____

Školní vzdělávací program: _____

Vyučující jazyk: **český**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIORIXU - očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní a má o tom doklad ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné: ANO NE

3. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE

4. Alergie, popřípadě chronická onemocnění ANO NE

5. V případě požití alergenu je nutné bezprostřední podání léku ANO NE

6. Potravinová intolerance ANO NE

7. Pravidelné užívání léků ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: _____ Ze dne: _____ Číslo jednací: _____

Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.