**Dětský domov a Mateřská škola Beroun, příspěvková organizace se sídlem Mládeže 1102/8, Beroun - město, 26601 Beroun**

Mládeže 1102/8, 266 01 Beroun, IČ: 47511753

ID datové schránky: piiuij6, tel. 311611726, email: info@ddmsberoun.cz

**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:

Datová schránka:

1. **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:**

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu \*:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon:

Email:

Datová schránka:

 **ŠKOLNÍ ROK TŘÍDA UČITEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Datum zahájení vzdělávání: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Datum ukončení vzdělávání: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* - popř. místo pobytu na úžemí ČR - cizinci

Rámcový vzdělávací program: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Školní vzdělávací program: **Hraj si, směj se, objevuj.**

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 rozsahuHEXAVAKCÍNA 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 Datum Razítko a podpis lékaře | ANO | NE |

**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.*