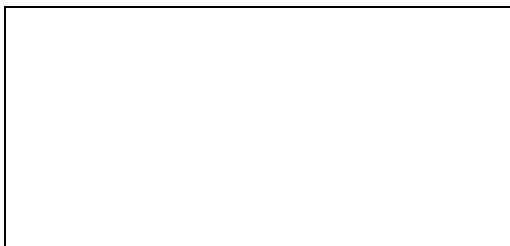


# ŠKOLNÍ MATRIKA



## Dítě

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Místo narození\*): ..... Zdravotní pojišťovna\*): .....

Státní občanství: ..... Rodné číslo\*): .....

Adresa trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR – cizinci):  
..... PSC:.....

Změna adresy včetně datumu:..... PSC: .....

*\*) údaj vyplňte až v případě přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání*

## Matka

## Otec

Jméno: ..... .....

Adresa: ..... .....

Telefon: ..... .....

Email: ..... .....

Telefon do zaměstnání: ..... .....

Osoby určené pro kontakt při náhlém onemocnění dítěte v případě nedostupnosti zákonných zástupců (jméno, telefon \*):  
.....  
.....

*\*) údaj vyplňte až v případě přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání*

## Mimo zákonné zástupce bude dítě z mateřské školy vyzvedávat\*):

Sourozenci či jiné nezletilé osoby (jméno, datum narození), jiné zletilé osoby (jméno, vztah k dítěti, telefon):  
.....  
.....

*\*) údaj vyplňte až v případě přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání*

U rozvedených rodičů\*):

č. rozsudku ..... ze dne: .....

dítě svěřeno do péče: .....

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: .....

*\*) údaj vyplňte až v případě přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání*

Odklad školní docházky na rok ..... ze dne: .....

čj.: .....

Připojuji vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

### VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (odpovídající zaškrtněte):

zdravotní

smyslové

jiné

tělesné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

**Důležité informace o zdravotním stavu dítěte (alergie, léky, speciální potřeby), které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání:**

Připojuji potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte:

### POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Dítě  **JE** řádně očkované

dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

**NENÍ** řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

**Povinné očkování se netýká dětí jeden rok před zahájením školní docházky.**

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, bruslení, lyžování ... ANO - NE

V ..... dne ..... Razítko a podpis lékaře: .....

Připojuji doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře \*)

Doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do MŠ.

V ..... dne .....

.....  
Razítko a podpis pracovníka ŠPZ,  
PPP, SPC nebo odborného lékaře

*\*)vyplnit pouze v případě zdravotního či mentálního postižení dítěte*

**Beru na vědomí svou povinnost hlásit změny údajů uvedené v tomto evidenčním listě mateřské škole do 8 dnů.**

Vyplnil(a) - podpis zákonného zástupce:..... ve Varnsdorfu dne: .....

### ZÁZNAMY MATEŘSKÉ ŠKOLY:

Školní rok	Třída	Třídní učitelka (y)

Zahájení předškolního vzdělávání dítěte (dítě přijato) ke dni:

Ukončení předškolního vzdělávání dítěte (dítě odešlo) ke dni:

Označení rámcového vzdělávacího programu: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Označení školního vzdělávacího programu:

Vyučovací jazyk: **český**