**Základní škola a mateřská škola, Javorník, okr. Hodonín**

příspěvková organizace

Javorník 260, 696 74 p. Velká nad Veličkou

tel. 518 329 461, 778 057 761, e-mail [zs-javornik@seznam.cz](mailto:zs-javornik@seznam.cz)

**EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Datum narození:** | |  | | | | | | **Místo narození:** | | | | | |  | |
| **Rodné číslo:** | |  | | | | | | **Státní občanství:** | | | | | |  | |
| **Místo trvalého pobytu**[[1]](#footnote-1): | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Mateřský jazyk**[[2]](#footnote-2)**:** | | |  | | | | | **Kód zdravotní pojišťovny**[[3]](#footnote-3)**:** | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **Zákonný zástupce (jméno, příjmení):** | | | | |  | | **Zákonný zástupce (jméno, příjmení):** | | | |
| **Místo trvalého pobytu**[[4]](#footnote-4): | | | |  | | | | |  | |  | | | |
| **Adresa pro doručování[[5]](#footnote-5):** | | | |  | | | | |  | |  | | | |
| **Datová schránka[[6]](#footnote-6):** | | | |  | | | | |  | |  | | | |
| **Telefonické spojení:** | | | |  | | | | |  | |  | | | |
| **Další kontaktní údaje (např. e-mail)**[[7]](#footnote-7): | | | |  | | | | | |  | |  | | |
| **Telefon pro urgentní komunikaci (např. onemocnění dítěte)**[[8]](#footnote-8): | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání (např. srdeční vada, vysoký krevní tlak, nízký krevní tlak, epilepsie, cukrovka, alergie /na co/, dietní omezení, porucha dýchání, porucha krvácivosti, časté krvácení z nosu, osteoporóza – lámavost kostí, závratě, jiné…, popis obtíží, rozsah omezení, léky):** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Údaje o znevýhodnění dítěte, mimořádném nadání, podpůrných opatřeních[[9]](#footnote-9)**  **(dítě je pravák, levák, užívá obě ruce stejně, zpráva doporučení školského poradenského zařízení, jiné):** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Jiná sdělení[[10]](#footnote-10) (u rozvedených rodičů – č. rozsudku, ze dne, dítě svěřeno do péče):** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Poučení: Zákonní zástupci dítěte jsou povinni informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání, a oznamovat škole změny v údajích uvedených v tomto evidenčním listě.** | | | | | | | | | | | | |
| V |  | | |  | | | Dne | | | | |  |
| **Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce:** | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Školní rok: | | Pracoviště: | | Třída: | | | | | Zahájení vzdělávání: | | Ukončení vzdělávání: | |
|  | |  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Odklad školní docházky na rok:** | | |  | | | **čj.** | |  | | **ze dne** |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  | |

Základní škola a mateřská škola, Javorník je správcem osobních údajů. Informace o zpracování vašich osobních údajů naleznete [www.zsmsjavornik.cz](http://www.zsmsjavornik.cz).

Základní škola a mateřská škola, Javorník, okr. Hodonín*,* příspěvková organizace

Javorník 260, 696 74 p. Velká nad Veličkou

**Vyjádření lékaře**

Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………………………………………….

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Dítě je řádně očkováno……………………………………………………………………………………...

1. popřípadě místo pobytu na území České republiky podle druhu pobytu cizince nebo místo pobytu v zahraničí, nepobývá-li dítě na území ČR [↑](#footnote-ref-1)
2. Nepovinný údaj [↑](#footnote-ref-2)
3. nepovinný údaj (k zajištění ochrany zdraví a života dítěte, nezbytné ke komunikaci v rámci BOZP) [↑](#footnote-ref-3)
4. nebo bydliště, pokud nemá na území České republiky místo trvalého pobytu (adresa pro zasílání písemností) [↑](#footnote-ref-4)
5. vyplňte v případě, že se liší od místa trvalého pobytu [↑](#footnote-ref-5)
6. nepovinný údaj [↑](#footnote-ref-6)
7. nepovinné údaje (k zajištění ochrany zdraví a života dítěte, nezbytné ke komunikaci v rámci BOZP aj.) [↑](#footnote-ref-7)
8. při náhlém onemocnění dítěte, pokud je zákonný zástupce nedostupný (např. babička, sousedka atd.) [↑](#footnote-ref-8)
9. nepovinný údaj [↑](#footnote-ref-9)
10. nepovinné údaje [↑](#footnote-ref-10)