EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

**Informace o dítěti**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení |
| Trvalý pobyt |
| Adresa bydliště |
| Místo narození |
| Datum narození | Rodné číslo |
| Zdravotní pojišťovna[[1]](#footnote-1) | Mateřský jazyk | Státní občanstvíNárodnost |

**Informace o zákonných zástupcích**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka | Otec |
| Jméno a příjmení |  |  |
| Adresa místa pobytu |  |  |
| Datum narození |  |  |
| Telefon |  |  |
| E-mail |  |  |
| Zaměstnavatel (adresa, telefon) |  |  |
| Telefon |  |  |

**U rozvedených rodičů**

|  |  |
| --- | --- |
| Č. rozsudku | Ze dne |
| Dítě svěřeno do péče | Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době |

**Další osoby, které mohou vyzvedávat dítě z DS (krom matky/otce/zákonného zástupce dítěte)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zmocněná osoba č. 1 | Zmocněná osoba č. 2 |
| Jméno a příjmení |  |  |
| Telefon |  |  |
| Adresa |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zmocněná osoba č. 3 | Zmocněná osoba č. 4 |
| Jméno a příjmení |  |  |
| Telefon |  |  |
| Adresa |  |  |

**Stravování dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
| Forma stravování | Vlastní (dodá zákonný zástupce)/ Poskytovatel DS |

**Varianta docházky**

*(Zaškrtněte příslušné dny a dobu pobytu (D/Dopoledne-7:00-12:10/ Celý den)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dny v týdnu | PO | ÚT | ST | ČT | PÁ | Celý týden |
| Doba pobytu | D/celý den | D/celý den | D/celý den | D/celý den | D/celý den | D/celý den |

|  |
| --- |
| Jiné: |

**Posudek lékaře o způsobilosti dítěte navštěvovat DS**

**Posudkový závěr:**

|  |  |
| --- | --- |
| Posuzované dítě (vyberte)  | □ je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny □ není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny□ je zdravotně způsobilé s tímto omezením: |

|  |  |
| --- | --- |
| Posuzované dítě trvale užívá tyto léky |  |
| Posuzované dítě má tyto alergie |  |
| Jiné |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Posuzované dítě se (vyberte)  | □ podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním □ podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou …………………………………………………………………………………………………, protože je proti nákaze imunní □ podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou ……………………………….……………………………………………………., protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit □ nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním  |

|  |  |
| --- | --- |
| Razítko / podpis lékaře | Posudek vystaven dne[[2]](#footnote-2) |
| Posudek převzala oprávněná osoba (jméno, příjmení, vztah k dítěti) | Podpis |

**Charakteristika dítěte**

|  |
| --- |
| Stravování (samostatnost, odmítání určitých druhů jídel, omezení konzumace potravin) |
| Spánek (dítě usíná přes den, neusíná) |
| Samostatnost (hygienické návyky, oblékání) |
| Čeho se bojí, vyhýbá |
| Co považujete za důležité nám sdělit o dítěti |
| Samostatnost při používání toalety, pomočuje se, jak potřebuje pomoci, používáte pleny a kdy |
| Řeč – co mu dělá v komunikaci potíže, speciální výrazy, komunikuje ve větách, oblíbené téma v komunikaci  |
| Je dítě částečně zvyklé na odloučení od rodičů |
| Vaše očekávání od MŠ, popř. jiné připomínky |

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

|  |
| --- |
| Osobní údaje zpracováváme dle dokumentu zásady zpracování osobních údajů uvedeného na webových stránkách www.petrzelka.cz |
| SOUHLAS S POŘIZOVÁNÍM A ZVEŘEJŇOVÁNÍM FOTODOKUMENTACÍ A VIDEOZÁZNAMŮ: DS v průběhu roku pořizuje fotodokumentaci či videozáznamy z akcí, výletů, exkurzí atd. Tyto fotografie či záznamy dále používá k prezentaci DS a Spolku, zveřejňuje je na svých webových stránkách www.petrzelka.cz a na stránkách sociálních sítí.V případě Vašeho nesouhlasu se zveřejňováním fotodokumentace či videozáznamu nebudeme fotografie či záznamy s Vaším dítětem publikovat, případně obličej dítěte zastíníme.Vyjadřuji výslovný souhlas tím, že může DS používat fotodokumentaci a videozáznamy dítěte k výše uvedeným účelům.Souhlasím – Nesouhlasím |

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě pečovateli do třídy, hlásit změny údajů v tomto Evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v dětské skupině.

V ………………………………………..dne………………………………………...

Podpis zákonného zástupce…………………………………………………

1. Zákonný zástupce má povinnost doložit kopii průkazu zdravotní pojišťovny dítěte [↑](#footnote-ref-1)
2. Posudek nesmí být v době nástupu dítěte do skupiny starší 3 měsíců [↑](#footnote-ref-2)