

## **EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Státní občanství: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Změna adresy: ..... PSČ: .....

Jméno a datum narození sourozenců, pokud navštěvují naše zařízení:

.....  
.....  
.....

---

### **Matka**

### **Otec**

Jméno: .....

Adresa: .....

.....

Telefon: .....

Email: .....

Telefon do zaměstnání: .....

ID datové schránky: .....

---

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

.....  
.....  
.....

---

**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): .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Místo pro nalepení kopie karty pojištění

U rozvedených rodičů:

č. rozsudku ..... ze dne: .....

dítě svěřeno do péče: .....

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

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

čj.: .....

Beru na vědomí svou povinnost hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě.

V Ostravě- Bartovicích, dne: .....

Podpis zákonného zástupce dítěte: .....

### ZÁZNAMY MATEŘSKÉ ŠKOLY:

Školní rok:	Třída:	Dítě přijato:	Dítě odešlo

Ukončení předškolního vzdělávání ke dni: .....

Podpis zákonného zástupce dítěte: .....