|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE****Dětská skupina Montessori Andílek**Registrační číslo projektu: CZ.03.1.51/0.0/0.0/17\_074/0008458 |  |

**Údaje o dítěti:** Spisová značka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno dítěte: |  | Rodné číslo: |  |
| Datum, místo narození: |  |  |
| Národnost |  | Státní občanství: |  |
| Adresa trvalého bydliště: |  | PSČ: |  |
| Telefon |  | Zdravotní pojišťovna: |  |
| **Údaje o rodině:** |
| **OTEC** |
| Příjmení a jméno(titul): |
| Bydliště:(adresa pro doručování) | PSČ: | Místo: | Ulice, č.p.: |
| Bydliště trvalé: | PSČ: | Místo: | Ulice, č.p.: |
| Telefon: | e-mail: |
| **MATKA** |
| Příjmení a jméno(titul): |
| Bydliště:(adresa pro doručování) | PSČ: | Místo: | Ulice, č.p.: |
| Bydliště trvalé: | PSČ: | Místo: | Ulice, č.p.: |
| Telefon: | e-mail: |
| **SOUROZENCI** |
| Příjmení a jméno: | Datum narození: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **U ROZVEDENÝCH RODIČŮ** |
| č. rozsudku: |  | ze dne:  |  |
| dítě svěřeno do péče: |  |
| umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: |  |

**Beru na vědomí svou povinnost** hlásit organizaci bezodkladně změnu zdravotního stavu dítěte. **Souhlasím, aby Montessori školy Andílek - mateřská škola a základní škola o.p.s., Pod radnicí 3, Praha 5,** použilo v případě nezbytně nutném data naše i našeho dítěte.

V Praze dne: Podpis zákonných zástupců:

**Vyjádření dětského lékaře:**

Jméno a příjmení dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Dítě je zdravé, může být přijato do Dětské skupiny: |  |
| Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: |  |
| zdravotní |  |
| tělesné |  |
| smyslové |  |
| jiné |  |
| Jiná závažná sdělení: |  |
| Je dítě řádně očkováno: | ANO | NE |
|  |  |
| Alergie: |  |
| Možnosti účastnit se akcí organizace:( škola v přírodě, sportovní akce apod.): |  |
| V .............................. dne ........................................ | Razítko a podpis lékaře: |