**EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE**

**Dětská skupina Montessori Andílek**

**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: | |