

## 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:

Státní občanství vyberte z variant: 1/občan ČR; 2/Cizinec s trvalým pobytem v ČR 3/ Cizinec bez trvalého pobytu v ČR 4/Azylant (žadatel o azyl)

**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 organizace Montessori školy Andílek - mateřská škola a základní škola o.p.s., Pod radnicí 3, Praha 5,** použila 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:	ANO	NE
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:	