EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MŠ/
ОБЛІКОВА КАРТКА ДИТИНИ У ДИТЯЧОМУ САДКУ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení dítěte/
Ім’я та прізвище дитини:…………………………………………………………………...

Adresa/
Адреса:………………………………………………………………………………………….

PSČ/
Поштовий індекс:……………………………E-mail: ………………………………………...

Datum narození/Дата народження: ……………………………..

Rodné číslo/ Інд. номер: ………………………………………...

Stát.obč./ Громадянство: ……………………………………….

Zdravotní pojišťovna/ Мед. страхова компанія: ……………………………………………..

Mateřský jazyk/ Рідна мова: …………………………………………………………………...

 Matka/ Мати Otec/ Батько

Jméno a příjmení/
Ім’я та прізвище

………………………………………… ………………………………………

Adresa/ Адреса:
………………………………………… ………………………………………

………………………………………… ………………………………………

Telefon/ Телефон:

………………………………………… ………………………………………

………………………………………… ………………………………………

Zaměstnavatel/ Роботодавець:

………………………………………… ………………………………………

Telefon/ Телефон:

………………………………………… ………………………………………

Jméno a příjmení sourozenců, rok narození/
Ім’я та прізвище сестер і братів, рік народження: …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

Adresa-telefon při náhlém onemocnění dítěte/
Адреса - телефон у разі раптового захворювання дитиниe: …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

Školní rok/ Навчальний рік: Škola/ Школа: Třída/ Клас: Přijato/ Прийом: Odešlo/ Випуск:

Vyjádření lékaře/ Висновок лікаря:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy/
Дитина здорова, може бути прийнята в дитячий садок

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)/
Дитині потрібний спеціальний догляд в області a) b) c) d)

a) zdravotní/ медичній

b) tělesné/ фізичній

c) smyslové/ ментальній

d) jiné/ іншій

Jiná závažná sdělení o dítěti/ Інша важлива інформація про дитину: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie/ Алергія: …………..……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................

3. Dítě je řádně očkováno/ Дитина належним чином щеплена ………………………………………………………………………

4. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě/ Можливість участі в шкільних заходах – плавання, сауна, школа на природі

V/ м ……………………………….dne/ дата: ……………………………….

 razítko a podpis lékaře/ печатка і підпис лікаря

Odklad školní docházky na rok/ Відстрочка від відвідування школи на рік: ……………… ze dne/ від (дата): ……………………………

č.j./ №:

Zákonní zástupci dítěte jsou si plně vědomi, že pokud nebudou řádně platit úplatu za před- školní vzdělávání a stravné po dobu docházky v MŠ, mohou být jejich děti vyloučeny z MŠ.

Законні представники дитини повністю усвідомлюють, що якщо не будуть належним чином платити за дошкільне навчання і харчування протягом часу відвідування дитячого садка, їхні діти можуть бути виключені з дитячого садка.

U rozvedených rodičů/ У розведених батьків:

č. rozsudku/№ судового рішення ………………………………ze dne/ від (дата): ………………………………………….......................................................................................

dítě svěřené do péče/ Дитина перебуває під опікою: ………………………………………………...…………………………………………………

umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době/ Дозвіл для другого з батьків спілкуватися в цей час:

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s nímž dítě přišlo do styku.

Ми беремо до відома свій обов’язок передати дитину вихователю в клас, повідомити про зміни в даних у цій картці обліку та наголошувати поважну причину відсутності дитини в садочку. Ми зобов’язуємось негайно повідомити вихователя дитячого садка про виникнення інфекційного захворювання в сім’ї дитини чи найближчому оточенні, про захворювання дитини на інфекційне захворювання або про хворобу особи, з якою дитина контактувала.

V/ м……………………….Dne/ дата:……………………..

Podpis zákonného zástupce/ Підпис законного представника:……………………………