

## EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní občanství: \_\_\_\_\_

Kód zdravotní pojišťovny: \_\_\_\_\_

### 1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ŠKOLNÍ ROK	TŘÍDA	UČITEL

Datum zahájení vzdělávání: \_\_\_\_\_ Datum ukončení vzdělávání: \_\_\_\_\_

### VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO NE

*nebo*

je proti nákaze imunní

ANO NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

### ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: \_\_\_\_\_

Ze dne: \_\_\_\_\_

Číslo jednací: \_\_\_\_\_

*Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.*