

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE



MŠ Zdraví s.r.o. - Na Nivách 311/33, 700 30 Ostrava – Zábřeh

Jméno a příjmení dítěte:

Trvalé bydliště:

Datum a místo narození:

Rodné číslo: Stát. obč: Mateřský jazyk:

Název a kód zdravotní pojišťovny:

Zákonní zástupci:

Matka

Otec

Jméno a příjmení:

Adresa: *)

Telefon, e-mail:

Jiné osoby, které mohou dítě vyzvedávat:

U rozvedených rodičů (zákoných zástupců) - číslo rozsudku: ze dne:

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče (zákoného zástupce) v době:

Školní rok	Škola	Třída	Dítě přijato	Dítě odešlo

Prohlašuji, že všechny údaje jsou pravdivé.

Podpisy obou zákonných zástupců:

V dne:

*) uvedte v případě, že se adresa neshoduje s adresou trvalého bydliště

Odklad školní docházky na rok: ze dne:

čj.:

V dne:

razítko a podpis lékaře