

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: _____	
Datum narození: _____	Místo narození: _____
Rodné číslo: _____	Státní občanství: _____
Místo trvalého pobytu ¹ : _____	Kód zdravotní pojišťovny ² : _____

Zákonný zástupce (jméno, příjmení): _____
Místo trvalého pobytu ³ : _____
Adresa pro doručování ⁴ : _____
Datová schránka ⁵ : _____
Telefonické spojení: _____
Další kontaktní údaje (např. e-mail) ⁶ : _____

Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání (např. srdeční vada, vysoký krevní tlak, nízký krevní tlak, epilepsie, cukrovka, alergie /na co/, dietní omezení, porucha dýchání, porucha krvácivosti, časté krvácení z nosu, osteoporóza – lámavost kostí, závratě, jiné..., popis obtíží, rozsah omezení, léky):

Údaje o znevýhodnění dítěte, mimořádném nadání, podpůrných opatřeních: ⁷ (dítě je pravák, levák, užívá obě ruce stejně, zpráva doporučení školského poradenského zařízení, jiné)

¹ popřípadě místo pobytu na území České republiky podle druhu pobytu cizince nebo místo pobytu v zahraničí, nepobývá-li dítě na území ČR

² nepovinný údaj (k zajištění ochrany zdraví a života dítěte, nezbytné ke komunikaci v rámci BOZP)

³ nebo bydliště, pokud nemá na území České republiky místo trvalého pobytu (adresa pro zasílání písemností)

⁴ vyplňte v případě, že se liší od místa trvalého pobytu

⁵ nepovinný údaj

⁶ nepovinné údaje (k zajištění ochrany zdraví a života dítěte, nezbytné ke komunikaci v rámci BOZP aj.)

⁷ nepovinný údaj