Maxíkova jazyková školka a jesle

EVIDENČNÍ LIST[1]

(pro účely přijetí dítěte do MŠ / DS)

1 Dítě

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště:

Národnost: Státní občanství:

Mateřský jazyk: Lékař:

Zdravotní pojišťovna:

2 Rodič

Jméno matky: Jméno otce:

Datum narození: Datum narození:

Národnost: Národnost:

Trvalé bydliště: Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště: Přechodné bydliště:

Telefon: Telefon:

Email: Email:

Zaměstnavatel (název, adresa, telefon):

Kontaktní údaje na osobu při náhlém onemocnění dítěte (budou-li matka i otec nedostupní, např. babička, chůva, sousedka):

3 Sourozenci

1.

2.

[1] V souladu s: (i) § 50 zákona č. 258/2000 Sb. **o ochraně zdraví**, (ii) § 37 zákona č. 500/2004 Sb., **správní řád**, (iii) § 34 odst. 4 **školského zákona** a (iv) § 11, písm. h), zákona č. 247/2014 Sb., o **poskytování služby péče o dítě v dětské skupině** ve znění pozdějších předpisů. Rodič je povinen doložit EL nejpozději v den zahájení docházky dítěte do školky. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost do doby změny zdravotní způsobilosti dítěte. Dojde-li ke změně zdravotní způsobilosti dítěte, je rodič povinen doložit nový lékařský posudek do 10 dnů ode dne zániku platnosti původního lékařského posudku.

4 Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

4.1 Dítě je zdravotně způsobilé k nástupu do MŠ / DS: ANO x NE.

4.2 Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním: ANO x NE.

4.3 Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou: ……, protože je proti nákaze imunní: ANO x NE.

4.4 Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou: ……, protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit: ANO x NE.

4.5 Dítě se doposud nepodrobilo všem stanoveným očkováním, neboť má dítě lékařem doporučen a stanoven individuální očkovací plán: ANO x NE.

4.6 Dítě trvale užívá léky: ANO x NE Vypište:

4.7 Dítě má alergii: ANO x NE Vypište:

4.8 Možnost účasti na školkových akcí (např. školka v přírodě): ANO x NE

4.9 Dítě vyžaduje spec. péči: ANO x NE Vypište:

Datum vystavení, razítko a podpis lékaře:[2]

5 Ostatní[3]

Jiné závažné okolnosti:

Odklad povinné školní docházky pro ŠR: …….ze dne: ……., č.j.: ……

Soudní úprava styku s dítětem (např. střídavá péče): ANO x NE. V případě ANO prosíme doložit úředně ověřenou kopii soudního rozhodnutí (s razítkem nabytí právní moci / vykonatelnosti).

Možnost doručení EL: osobně, datovou schránkou, elektronicky s uznávaným elektr. podpisem, poštou.

Případné změny nahlásím neprodleně.

Podpis matky: Podpis otce:

[2] V pandemicky složité době lze razítko a souhlas lékaře (po nezbytně nutnou dobu) nahradit čestným prohlášením rodiče o řádném proočkování dítěte + doložením kopie očkovacího průkazu s vlastnoručním podpisem rodiče a datem pořízení kopie. Ředitel MŠ má právo údaje uvedené v očkovacím průkazu s očkovacím kalendářem zkontrolovat.

[3] Povinnost plnit předškolní vzdělávání mají děti, které dosáhly do 31. 8. pěti (5) let. Rodič může místo povinného předškolního vzdělávání zvolit individuální vzdělávání. Dítě pak vzdělává doma sám. Vzdělávat může i jiná osoba. Nebo dítě navštěvuje jiné zařízení. Rodič musí nicméně i tak přihlásit dítě k zápisu k předškolnímu vzdělávání. Žádost o individuální vzdělávání dítěte předá řediteli školy zároveň s přihláškou k zápisu nebo nejpozději 3 měsíce před počátkem školního roku (tj. do 31.5. příslušného roku).

Potvrzení o postavení osoby na trhu práce

(osoby v zaměstnaneckém poměru)

Podpořená osoba (rodič)	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	

Potvrzení o pracovněprávním vztahu

(vyplní osoba, která má se zaměstnavatelem uzavřenu pracovní smlouvu, dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti)

Název zaměstnavatele:	IČ:
	Sídlo:
Osoba je zaměstnána na základě: ☐ prac. smlouvy ☐ DPP ☐DPČ ☐ jiného vztahu: .....……..……. Výše úvazku (např.: 0,1, 0,5 nebo 1,0): ……	
Trvání smluvního vztahu (měsíc / rok):	☐ od ……20.. do ……20... ☐ na dobu neurčitou
Razítko zaměstnavatele / datum vystavení:	Jméno, funkce a podpis osoby vydávající potvrzení

Čestné prohlášení OSVČ

1 Podpořená osoba (rodič)

Jméno:

Datum narození:

Rodné číslo:

Národnost:

Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště:

Telefon:

Email:

2 Dítě

Jméno:

Datum narození:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště:

Já, níže podepsaná / ý, tímto čestně prohlašuji, že jsem osobou samostatně výdělečně činnou s povinností platit zálohy na pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, a to od data: ..... .

Datum:

_____

Podpis