

ŠKOLNÍ MATRIKA

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Státní občanství: _____

Místo narození: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Místo trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR – cizinci):

Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Místo trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR – cizinci):

Adresa pro doručování písemností:

Telefonické spojení: _____

Údaje o očkování dítěte:

- dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním^{*)}
- dítě má doklad, že je proti nákaze imunní^{*)}
- dítě má doklad, že se pro trvalou kontraindikaci nemůže očkování podrobit^{*)}

^{*)} hodící se zakroužkujte (dle potvrzení od lékaře - viz doklad z přijímacího řízení)

vyplní zákonný zástupce

Školní rok	Třída	Třídní učitelka(y)

Datum zahájení vzdělávání: _____

Datum ukončení vzdělávání: _____

Označení rámcového vzdělávacího programu: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Označení školního vzdělávacího programu:

Vyučovací jazyk: **český**