POTVRZENÍ PRO ÚČELY ŘÍZENÍ O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:………………………………………………

Datum narození:…………………………………………………….......

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

1. Zdravotní……………………………………………………..

2. Tělesné………………………………………………………..

3. Smyslové……………………………………………………..

4. Jiné……………………………………………………………...

Jiná závažná zdravotní sdělení podstatná pro přijetí: ……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Alergie…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………

Dítě užívá pravidelně léky ……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………

Možnost účasti na akcích školy (výlety, exkurze, školy v přírodě, plavání,

sportovní akce, …) ……………………………………………………………………………………...

 Doporučuji přijetí do mateřské školy:

ANO NE

Potvrzení o očkování

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

ANO NE

V……………………………… dne…………………

……………………………………….

razítko a podpis lékaře