**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

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

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

Adresa trvalého pobytu : …………………………………………………………………………………………

* Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO NE
* Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

1. Zdravotní
2. Tělesné
3. Smyslové
4. Jiné

* Dítě je řádně očkováno ANO NE

V Kladně dne : Razítko a podpis lékaře :