

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K NÁSTUPU DÍTĚTE DO MŠ:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

1. Dítě je zdravotně způsobilé k docházce do předškolního zařízení: ANO x NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči: ANO x NE
(Pokud ano, upřesněte, ve které oblasti):

- zdravotní - tělesné - smyslové - jiné

3. Jiné zdravotní obtíže či speciální potřeby dítěte, které by mohly mít vliv na poskytování školské služby (např. alergie potravinové či jiné, trvale užívané léky,...):

.....
.....
.....

4. Očkování (Pro dítě, pro které je předškolní vzdělávání povinné, není vyplnění požadováno.)
Dítě je řádně očkováno podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb.

(**viditelně označte platnou variantu**, nehodící se škrtněte):

- ANO
- NE
- NEMŮŽE SE OČKOVNÍ PODROBIT PRO TRVALOU KONTRAINDIKACI
- JE VŮČI NÁKAZE IMUNNÍ

V..... dne.....

.....
Razítko a podpis lékaře