

Potvrzení lékaře
k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Dítě:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____ RČ: _____

Bydliště: _____ PSČ _____

Vyjádření lékaře:

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: nevyžaduje speciální péči

- zdravotní:
- tělesné:
- smyslové:
- jiné:

2. Alergie:

3. Bere pravidelně léky:

4. Možnost účasti na akcích školy: bez omezení

S omezením při:

- plavání
-
-

5. Dítě je řádně očkováno:

- ano
- ne

6. Jiná závažná sdělení o dítěti:

7. Závěr:

- doporučuji přijetí do MŠ
- nedoporučuji přijetí do MŠ z důvodu: _____

Datum _____

razítko a podpis lékaře