

**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