**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

**K PŘIJETÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

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

**Adresa:……………………………………………………… PSČ:…………..……**

**Místo narození:………………………………………………………..…………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum narození** | **DEN** | **MĚSÍC** | **ROK** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodné číslo** |  |  |

**Kód zdr. pojišťovny:…….... Mateřský jazyk:……….….. Stát. obč.:……….….**

**1) Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy**

**2) Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)**

**a) zdravotní**

**b) tělesné**

**c) smyslové**

**d) jiné**

**Jiná závažná sdělení o dítěti:………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………….**

**Alergie:……………………………………………………………………………...**

**……………………………………………………………………………………….**

**3) Dítě je řádně očkováno:…………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………….**

**4) Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě**

**V…………………....... dne……………… ………………………………...**

**razítko a podpis lékaře**