

Potvrzení lékaře

Jméno a příjmení dítěte:.....

Trvalé bydliště:.....

Datum narození:.....

1. Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy: ANO* NE*

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:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním*

b) je proti nákaze imunní*

c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci*

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě: ANO* NE*

* Nehodící se škrtněte

V..... dne:.....

Razítko a podpis lékaře:.....