

Vyjádření lékaře

k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

1. Dítě je řádně očkováno? ANO NE*

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE

Pokud ano jaké?

3. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE

Pokud ano jakým?

4. Je potřeba speciální výchovy? ANO NE

5. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE

Pokud ano jaké?

6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ, jako je plavání, výlety, apod.?
ANO NE*

7. Jde o integraci zdravotně znevýhodněného či postiženého dítěte do MŠ?
ANO NE

Pokud ano s jakým postižením?

8. Jiná závažná/ důležitá sdělení o dítěti:

.....

Alergie:

.....

9. Dítě **JE** / **NENÍ** zdravotně způsobilé.

V dne.....

.....

razítko a podpis lékaře