Vyjádření lékaře k zdravotnímu stavu dítěte přihlašovaného k předškolnímu vzdělávání

Jméno a Příjmení ……………………………………………………………………

Datum narození ……………………………………………………………………

Bydliště ……………………………………………………………………

* Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO / NE
* Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (nehodící škrtněte)
* zdravotní
* tělesné
* smyslové
* enuresis diurna
* enuresis nocturna
* jiné
* Jiná sdělení o dítěte

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

* Dítě je řádně očkováno dle očkovacího plánu ANO/NE

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

* Dítě má alergii NE/ ANO:……………………………………………….....
* Dítě bere pravidelně léky NE/ANO:…………………………………………..
* Možnost účasti na akcích školy

plavání ANO/NE saunování ANO/NE

tělesná výchova ANO/NE vícedenní zotavovací akce ANO/NE

jiné……………………………………………………………………..............

Datum………………………Razítko a podpis lékaře……………………………….

------------

Pokud má dítě zdravotní postižení, přiložte k žádosti písemné vyjádření

školského poradenského zařízení.

Zákonný zástupce souhlasí s použitím osobních údajů výhradně pro potřeby školy.

Prohlašuje, že v případě změny zdravotního stavu dítěte v průběhu docházky, tuto

změny ihned oznámí ředitelce školy.

Datum………………………………………………………………………………

Podpisy zákonného zástupce………………………………………………………

Ředitelka přijala dne ………………………………………………………………

List je součást spisu dítěte………………………………………………………….