

POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Zdravotní postižení:

- tělesné:
- mentální:
- smyslové:
- vady řeči:
- vývojové poruchy chování (ADHD,ADD):
- autismus:
- jiné:

Zdravotní znevýhodnění:

Odchylka v psychomotorickém vývoji

Jiná závažná sdělení o dítěti

Dítě bere pravidelně léky:

Alergie:

Dítě se může účastnit akcí mateřské školy:

Plavání: ANO / NE

Saunování: ANO / NE

DOKLAD O OČKOVÁNÍ

Dítě bylo řádně očkováno: ANO / NE

Z DŮVODŮ:

- kontraindikace
- je proti nákaze imunní
- jiné

Přijetí dítěte do mateřské školy:

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

V Ostravě dne: _____

Podpis a razítko lékaře: _____