

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu, narozené/ho, s trvalým pobytem, se zohledněním potřeb dítěte na **speciální výchovu, péči a režim**.

Dítě vyžaduje **speciální péči** v oblasti:

a) zdravotní

.....

b) tělesné

.....

c) smyslové

.....

d) jiné

.....

Bere pravidelně léky:.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:.....

.....

Alergie:

.....

Dítě je řádně očkováno podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

ANO – NE

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy - plavání, školní výlety, zájezdy, aj.:

ANO - NE

Doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)

.....

.....

V..... dne

razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

V..... dne

Razítko a podpis lékaře