

POTVRZENÍ LÉKAŘE
o zdravotní způsobilosti dítěte ke vzdělávání

Potvrzuji, že:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ano – ne

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- a) zdravotní
- b) tělesné
- c) smyslové
- d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....
.....

Alergie:

.....
.....

3. Dítě je řádně očkováno: ano – ne (nehodící se škrtněte)

Pokud je pro dítě předškolní vzdělávání povinné, nepožaduje škola doklad o očkování.

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování: ano – ne (nehodící se škrtněte)

V dne razítko a podpis lékaře