



Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním? | ANO | NE |
| 2. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 3. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy (plavání, výlety, saunování, škola v přírodě)? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO | NE |
| 5. Je potřeba speciální výchovy? | ANO | NE |
| 6. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 7. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? | ANO | NE |
| 9. V případě, že je v bodě č. 8 odpověď ANO, uveďte, o jaké postižení jde: | | |

.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

.....

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

V dne:

razítko a podpis lékaře