**Potvrzení lékaře**

k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Dítě:**

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření lékaře:**

* Dítě nevyžaduje speciální péči,

 vyžaduje speciální péči v oblasti:

* zdravotní:
* tělesné:
* smyslové:
* jiné:

2. Alergie:

3. Bere pravidelně léky:

4. Možnost účasti na akcích školy: bez omezení

S omezením při:

* plavání
* saunování
* škola v přírodě

5. Dítě je řádně očkováno:

* ano
* ne

6. Jiná závažná sdělení o dítěti:

7. Závěr:

* doporučuji přijetí do MŠ
* nedoporučuji přijetí do MŠ z důvodu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis lékaře