

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení §50 zákona č. 258/2000 Sb. O ochraně zdraví ve znění pozdějších předpisů.	ANO	NE
Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké?	ANO	NE
Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým?	ANO	NE
Bere dítě pravidelně léky – jaké?	ANO	NE
Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ – s jakým postižením?	ANO	NE
Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.	ANO	NE

Jiná sdělení lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře