

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození .....

Místo trvalého pobytu .....

### **Vyjádření lékaře k přijetí dítěte do mateřské školy**

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (pokud ANO, zatrhněte nebo doplňte):

ANO / NE

- Zdravotní postižení:

a) tělesné .....

b) mentální .....

c) smyslové .....

d) poruchy autistického spektra .....

- Zdravotní znevýhodnění:

a) dlouhodobé nemoci (epilepsie, diabetes, ...) .....

b) jiné (ADHD, ADD, ...) .....

2. Alergie: ANO / NE .....

3. Jiná závažná sdělení o dítěti .....

.....

4. Dítě bylo řádně očkováno:

a) ANO, dle platného očkovacího kalendáře

b) NE, dítě se nemůže podrobit řádnému očkování pro trvalou kontraindikaci  
nebo je proti nákaze imunní

c) NE

V: ..... dne: .....

Razítko a podpis lékaře: .....