

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: