



Potvrzení lékaře o způsobilosti dítěte k docházce do MŠ

Jméno a příjmení dítěte:

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | |
|---|----------|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO / NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO / NE |
| 3. Je potřeba speciálního režimu? | ANO / NE |
| 4. Je potřeba speciální výchovy? | ANO / NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO / NE |

V případě ANO jaké.....

- | | |
|-------------------------------|----------|
| 6. Trpí dítě nějakou alergií? | ANO / NE |
|-------------------------------|----------|

V případě ANO jakou.....

- | | |
|--|----------|
| 7. Může se dítě účastnit akcí školy: plavání, výlet apod.? | ANO / NE |
| 8. Je dítě pravidelně očkováno? | ANO / NE |
| 9. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? | ANO / NE |

V případě ANO jaké

Jiná sdělení lékaře:

Přijetí dítěte do mateřské školy

DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI

V dne

.....

razítko a podpis lékaře