

POTVRZENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DÍTĚTE

k předškolnímu vzdělávání od školního roku

ČÁST A – VYJÁDŘENÍ ke zdravotnímu stavu dítěte s potřebou zohlednění speciálních vzdělávacích potřeb

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Zdravotní postižení:

- tělesné
- mentální
- smyslové
- vady řeči
- vývojové poruchy chování (ADHD, ADD)
- autismus
- jiné

Zdravotní znevýhodnění:

Odchylky v psychomotorickém vývoji:

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Dítě bere pravidelně léky:

Alergie:

Dítě se může účastnit akcí mateřské školy:

plavání	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE
saunování	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE
lyžování	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE

V dne

razítko a podpis lékaře

ČÁST B – DOKLAD O OČKOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Dítě bylo řádně očkováno: ANO NE z důvodu kontraindikace
 je proti nákaze imunní
 jiné:

Přijetí dítěte do mateřské školy DOPORUČUJI NEDOPORUČUJI

V dne

razítko a podpis lékaře