

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

jméno a příjmení dítěte:.....

datum narození: .....rodné číslo.....

místo narození:.....zdravotní pojišťovna.....

1. Dítě je řádně očkováno? ANO\* NE\*

.....

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO\* NE\*

Pokud ano jaké?.....

3. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO\* NE\*

Pokud ano jakým?.....

4. Je potřeba speciální výchovy? ANO\* NE\*

5. Bere dítě pravidelně léky? ANO\* NE\*

Pokud ano jaké?.....

6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ, jako je plavání, výlety, apod.?

ANO\* NE\*

7. Jde o integraci zdravotně znevýhodněného či postiženého dítěte do MŠ?

ANO\* NE\*

Pokud ano s jakým postižením? .....

8. Jiná závažná sdělení o dítěti: .....

.....

Alergie:.....

.....

V.....dne.....

razítko a podpis lékaře