

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Zdravotní pojišťovna (název): _____

Číselný kód zdravotní pojišťovny: _____

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ANO – NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- mentální
- tělesné
- zrakové nebo sluchové
- závažné vývojové poruchy učení nebo chování
- jiné (např. diabetes, celiakie apod.): _____

3. Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání (úprava stravování, akce školy apod.):

- je v péči specialisty: ANO – NE (v případě ANO, jakého – odbornost)

- alergie: ANO – NE (vyjmenovat potraviny, ev. léky z důvodu aplikace ve škole)

4. Dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře: ANO – NE

(v případě NE, uvést, zda je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci) _____

5. Možnost účasti na akcích školy (plavání, saunování, škola v přírodě, lyžařský výcvik): ANO – NE

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře