**Vyjádření lékaře**

Jméno, příjmení dítěte: …………………………………….…………………………………………………………………….

Datum narození: …………………………………………….…………….………………………………………………………..

Adresa trvalého bydliště: ………………………………………………………………………………………………………..

**1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy** ANO - NE

**2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)**

a) Zdravotní

b) Tělesné

c) Smyslové

d) Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

……………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

Alergie: ANO - NE

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

**3. Dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře:** ANO - NE

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

Je proti nákaze imunní (typ/druh): ………………………………………………………………………………………………………

Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): …………………………….……………………………………………

**4. Možnost účasti na akcích školy:** plavání, lyžařský kurz, výlety, saunování, škola v přírodě: ANO – NE

V………………………. dne ………………………… Razítko a podpis lékaře

*Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.*

V………………………. dne ………………………... Podpis zákonného zástupce