**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte**

Jméno a příjmení dítěte:…………………………………………………………………………………………………………………

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

Trvalé bydliště:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Potvrzuji, že dítě je zdravé a může být přijato k docházce do mateřské školy.

ANO – NE

Potvrzuji, že dítě je řádně očkováno.

ANO – NE

Potvrzuji, že dítě **nevyžaduje / vyžaduje** speciální péči v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové či jiné.

Jiná zdravotní sdělení o dítěti:……………………………………………………………………………………………………….

 Alergie:………………………………………………………………………………………………….

 Indikace léků:………………………………………………………………………………………….

Potvrzuji, že dítě je schopno se účastnit na akcích pořádaných mateřskou školou (sportovní dny, výlety, plavání apod.)

ANO – NE

V…………………………………………. dne …………………………..

Podpisy zákonných zástupců:………………………………………………………………………………………………………………

Podpis a razítko lékaře:……………………………………………………………………..