



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

SOUČÁST ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	

Dítě je zdravé, může být přijato do MŠ: ANO – NE	
Bylo dítě řádně očkováno:	
Dítě vyžaduje speciální péči: ANO – NE	
Jestliže ANO, tak v jaké oblasti:	<input checked="" type="checkbox"/> zdravotní <input checked="" type="checkbox"/> tělesné <input checked="" type="checkbox"/> smyslové <input checked="" type="checkbox"/> jiné
Alergie:	
Jiná závažná sdělení o dítěti:	
Může se dítě účastnit akcí školy: plavání, saunování, škola v přírodě	
V	
Dne	Razítko a podpis lékaře: