**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE PŘI NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

**U dítěte se zdravotním postižením žadatel předloží také vyjádření školského poradenského zařízení!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Rodné číslo** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |

**Dítě:**

1. **Je řádně očkováno**

 \*ano

 \*ne

1. **Vyžaduje speciální péči v oblasti**

\*ne

\*ano - zdravotní tělesné

 - smyslové

 - jiné

1. **Alergie**  \*ne

\*ano (jaký druh)

1. **Bere pravidelně léky**  \*ne

\*ano ( jaké)

**Doporučuji/Nedoporučuji přijetí dítěte do ZŠ a MŠ Dolní Slivno**

**Datum: Razítko a podpis pediatra**