POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE PRO PŘIJETÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Rodné číslo: _____

Dítě je zdravotně způsobilé k docházce do mateřské školy s následujícími omezeními / doporučeními:

_____

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má potvrzení o kontraindikaci: ANO - NE

Alergie (pokud jsou známy): _____

Omezení pohybových aktivit / zdravotní omezení. V případě omezení uveďte upozornění pro pedagogy, režim pro dítě, trvalá léčba apod.:

_____

_____

_____

místo a datum

_____ _____

podpis zákonného zástupce podpis a razítko lékaře