## MATEŘSKÁ ŠKOLA NOVÁ VES, OKRES ČESKÉ BUDĚJOVICE; 373 15 NOVÁ VES 53

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**Jméno a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

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

1. zdravotní

 b) tělesné

 c) smyslové

 d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

…………………………………………………………………………………………

.…..…………………………………………………………………………………….

Alergie:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

3. Dítě je řádně očkováno

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě …………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

5. Bere pravidelně léky

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy

--------------------------------- -----------------------------------------------

 Datum Razítko a podpis ošetřujícího lékaře