

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Místo narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

1. Dítě je řádně očkováno? ANO\* NE\*

.....

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO\* NE\*

*Pokud ano jaké?* .....

3. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO\* NE\*

*Pokud ano jakým?* .....

4. Je potřeba speciální výchovy? ANO\* NE\*

5. Bere dítě pravidelně léky? ANO\* NE\*

*Pokud ano jaké?* .....

6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ, jako je plavání, výlety apod.?

ANO\* NE\*

7. Jde o integraci zdravotně znevýhodněného či postiženého dítěte do MŠ?

ANO\* NE\*

*Pokud ano s jakým postižením?* .....

8. Jiná závažná sdělení o dítěti: .....

.....

Alergie: .....

.....

V.....dne.....

.....  
razítko a podpis lékaře