



Mateřská škola Velíček, z.s.

Žitavského 547, 156 00, Praha 5, IČ: 04643844
ID datové schránky: 2b3kv6p, tel: +420606 508 107,
email: reditelka.velicek@gmail.com

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE - PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno | ANO | NE |
| nebo | | |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| nebo | | |
| nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji | ANO | NE |
| 3. Dítě trpí chronickým onemocněním | ANO | NE |
| 4. Dítě bere pravidelně léky - jaké? | ANO | NE |
| 5. Jedná se o integraci postiženého dítěte do MŠ | ANO | NE |
| 6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti | ANO | NE |
| 7. Alergie | ANO | NE |
| 8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

V _____ dne _____