

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....rodné číslo.....

Místo narození.....zdravotní pojišťovna.....

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE

2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE

3. Je potřeba speciální výchovy? ANO NE

4. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE

Pokud ano jaké?.....

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

ANO NE

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

ANO NE

Pokud ano s jakým postižením?.....

7. Dítě je řádně očkováno? ANO NE

.....

8. Jiná závažná sdělení o dítěti.....

.....

.....

Alergie.....

.....

.....

V

.....

.....dne.....

razítko a podpis lékaře