POTVRZENÍ OD LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPůSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Dítě………………………………………………… Datum narození:……………………

Vyjádření dětského lékaře:

1. Dítě je zdravé.
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
   1. Zdravotní
   2. Tělesné
   3. Smyslové
   4. Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Očkování:

Dítě se podrobilo stanovenému, pravidelnému očkování a má doklad, že je proti nákaze imunní.

Možnost účasti na akcích – např. plavání:

V…………………………, dne:

……………………………….

Razítko a podpis pediatra