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