

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

.....
jméno, příjmení dítěte

.....
datum narození

.....
adresa trvalého bydliště, event. přechodné bydliště

1. Dítě je zdravé – může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě je řádně očkováno.

3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné

Integrace postiženého dítěte do MŠ – s jakým postižením?

Jiná závažná sdělení:

Alergie:

Přijetí do mateřské školy: doporučuji nedoporučuji .)

.....
Datum

.....
razítko a podpis pediatra

.) nehodící se škrtněte