Číslo jednací: **MSS / - 25/26-2**

MATEŘSKÁ ŠKOLA ŠLUKNOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Okres Děčín, 407 77 Šluknov, Svojsíkova 352, IČ 709 83 836, IZO 107 561 611, +420 412 386 260, +420 739 424 608, reditelka@skolka-sluknov.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE [1] KE ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

ve vztahu k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna[2]:

1. Dítě je **řádně očkováno?** ANO NE
   Pokud ne, uveďte důvod (je-li Vám znám.)……
2. Může se dítě **účastnit speciálních akcí MŠ** (plavání, výlety apod.)? ANO NE
   Pokud ne, uveďte důvod (je-li Vám znám.)……

---

3. Jsou **odchylky v psychomotorickém** vývoji? ANO NE
   Pokud ano, jaké? ……
4. Trpí dítě **chronickým onemocněním**? ANO NE
   Pokud ano, jakým? ……
5. Je **potřeba speciální výchovy, podpůrných opatření?** ANO NE
   Pokud ano, jakých? ……
6. Bere dítě **pravidelně léky?** ANO NE
   Pokud ano, jaké? ……
7. Je **potřeba integrace** zdravotně znevýhodněného… dítěte do MŠ? ANO NE
   Pokud ano, z jakého důvodu? ……
8. **Jiná důležitá sdělení** o dítěti (alergie, diety…): ANO NE
   Pokud ano, jaké? ……

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE ke zdravotní způsobilosti dítěte 2-4letého *(ke dni 31. 08. 2025)*[1]

Celková zdravotní způsobilost dítěte k přijetí k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy-dítě: [1]

JE ZPŮSOBILÉ X NENÍ ZPŮSOBILÉ.

V …… dne …… Razítko, podpis lékaře: ……

VYJÁDŘENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE 5letého, nebo staršího dítěte *(ke dni 31. 8. 2025)*[1]

Tímto já: ……, narozený/á dne …… čestně prohlašuji, že mnou uvedené informace ke zdravotnímu stavu mého dítěte jsou zcela pravdivé a úplné, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem. Jsem si vědom/a právních následků v případě uvedení nepravdivých nebo neúplných informací.

V …….. dne…… Podpis zákonného zástupce dítěte: ……

---

[1] *Nehodící se – škrtněte!*

[2] *Nepovinný údaj.*