

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 ZÁSTUPCE¹
k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno ? | ANO | NE |
| 2. Jsou odchytky v psychomotorickém vývoji?
Pokud ano, jaké? | ANO | NE |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním ?
Pokud ano, jakým? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciální výchovy ? | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky ?
Pokud ano jaké? | ANO | NE |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ (plavání, výlety apod.)? | ANO | NE |
| 7. Je potřeba integrace zdravotně znevýhodněného/ postiženého d. do MŠ?
Pokud ano, z jakého důvodu? | ANO | NE |
| 8. Jiná závažná/ důležitá sdělení o dítěti:
Alergie:
Dieta: | | |

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE (u dítěte k 31. 8. 2024 mladšího 5 let)¹

Celková zdravotní způsobilost dítěte k přijetí k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy:

JE/ NENÍ ZPŮSOBILÉ.

V

Razítko, podpis lékaře:**VYJÁDŘENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE** (u dítěte k 31. 8. 2024 5letého, nebo staršího)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

Podpis zákonného zástupce dítěte:¹ Nehodící se – škrtněte!