
Potvrzení dětského lékaře

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna: Bydliště:

(nehodící se škrtněte)

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ANO - NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

a) zdravotní ANO - NE

b) tělesné ANO - NE

c) smyslové ANO - NE

d) Jiné ANO - NE

Jiná závažná sdělení o

dítěti:.....
.....
.....

Alergie: ANO – NE

.....
.....

3. Dítě je řádně očkováno*) ANO – NE

.....
.....

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování: ANO – NE

.....

Vdne.....

.....

razítko a podpis lékaře

*) Nepovinný údaj pro děti starší 5 let.