

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

a) Zdravotní

b) Tělesné

c) Smyslové

d) Jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

Alergie:

.....

3. Dítě je řádně očkováno

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě

V dne

.....

Razítko a podpis lékaře