

## POTVRZENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DÍTĚTE

k předškolnímu vzdělávání od školního roku .....

### ČÁST A – VYJÁDŘENÍ ke zdravotnímu stavu dítěte s potřebou zohlednění speciálních vzdělávacích potřeb

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Zdravotní postižení:

- tělesné .....
- mentální .....
- smyslové .....
- vady řeči .....
- vývojové poruchy chování (ADHD, ADD) .....
- autismus .....
- jiné .....

Zdravotní znevýhodnění: .....

Odchylky v psychomotorickém vývoji: .....

Jiná závažná sdělení o dítěti: .....

Dítě bere pravidelně léky: .....

Alergie: .....

Dítě se může účastnit akcí mateřské školy:	plavání	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
	saunování	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
	lyžování	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

V ..... dne .....

*razítko a podpis lékaře*

### ČÁST B – DOKLAD O OČKOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Dítě bylo řádně očkováno:  ANO  NE z důvodu  kontraindikace  
 je proti nákaze imunní  
 jiné: .....

Přijetí dítěte do mateřské školy  DOPORUČUJI  NEDOPORUČUJI

V ..... dne .....

*razítko a podpis lékaře*