

POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO ÚČELY PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Firemní mateřská škola Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, Peroutkovo nábřeží 610, 760 01

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DÍTĚTE (vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení			
Datum narození		Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliště:			
Ulice/č.p.		Město	
			PSČ

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Odklad školní docházky: ANO NE

Dítě je zdravé a může být přijato do Mateřské školy ANO NE

Dítě **NEVYŽADUJE** speciální péči

VYŽADUJE speciální péči, a to v oblasti:

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné (uved'te): _____

ALERGIE

ANO (uved'te): _____

NE

PRAVIDELNÁ MEDIKACE ANO (uved'te jaká): _____

NE

Možnost účasti dítěte na akcích školy (plavání, saunování)

ANO NE

Uved'te omezení: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

V _____

Dne (den, měsíc, rok): _____

Razítko zdravotnického zařízení / lékaře

Podpis