

**POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO ÚČELY PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

Firemní mateřská škola Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, Havlíčkovo nábřeží 600, 760 01

**IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DÍTĚTE** (vyplní zákonný zástupce)

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

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:**Odklad školní docházky:  ANO  NEDítě je zdravé a může být přijato do Mateřské školy  ANO  NEDítě  **NEVYŽADUJE** speciální péči **VYŽADUJE** speciální péči, a to v oblasti: zdravotní tělesné smyslové jiné (uveďte): \_\_\_\_\_**ALERGIE** ANO (uveďte): \_\_\_\_\_ NE**PRAVIDELNÁ MEDIKACE**  ANO (uveďte jaká): \_\_\_\_\_ NE**Možnost účasti dítěte na akcích školy** (plavání, saunování) ANO NE

Uveďte omezení: \_\_\_\_\_

**Jiná závažná sdělení o dítěti:** \_\_\_\_\_**V** \_\_\_\_\_**Dne** (den, měsíc, rok): \_\_\_\_\_

Razítko zdravotnického zařízení / lékaře

Podpis