 ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA BLANSKO, SALMOVA 17

 678 01 Blansko, tel.: 516 499 551, e-mail: info@zssalmova.cz, IČ: 49464213

**PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ:**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno: …………………………………........................

Příjmení: ……………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………..

1) Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. Ano Ne *(zakroužkujte)*

2) Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte, popřípadě jaké? Ano Ne

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

3) Trpí dítě chronickým onemocněním, popřípadě jakým? Ano Ne

4) Bere dítě pravidelně léky, popřípadě jaké? Ano Ne

Jiná sdělení lékaře:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI

PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE.

DATUM: RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE: