POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte: …........................................................................................................

Bydliště: …................................................................................................................................

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

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

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