



Jméno a příjmení účastníka řízení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné: \_\_\_\_\_

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: \_\_\_\_\_

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, lyžování

**POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE pro účely přijetí do mateřské školy**

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Dítě je řádně očkováno.

Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře



# Mateřská škola Třešť, příspěvková organizace

Luční 88, 589 01 Třešť

Jméno a příjmení účastníka řízení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Připojujeme doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře:

## DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do Mateřské školy Třešť, p.o. Luční 88/21, Třešť

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře