



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA VŘESINA, OKRES OPAVA

- PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, 21. dubna 6, 747 20 Vřesina

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

k předškolnímu vzdělávání od školního roku ____ / ____

Jméno a příjmení dítěte **Datum narození:**

Adresa trvalého pobytu

Vyjádření lékaře (zakroužkujte či doplňte):

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

3. Dítě je řádně očkováno: ANO NE

4. Účast dětí na akcích mateřské školy: plavání ANO NE

saunování ANO NE

V dne

Razítko a podpis lékaře