

**Mateřská škola, ul. Na Podlesí 1481, 432 01 Kadaň, příspěvková organizace****VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ:**

\*Vyplní zákonný zástupce

Jméno a příjmení dítěte: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Datum narození: .....

Zdravotní pojišťovna (název): .....

Číselný kód zdravotní pojišťovny: .....

\*\*Dále vyplní lékař

1. **Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:** ano – ne
2. **Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti**
  - a) mentální
  - b) tělesné
  - c) zrakové nebo sluchové
  - d) závažné vývojové poruchy řeči
  - e) závažné vývojové poruchy chování (ADHD, ADD, apod.)
  - f) souběžné postižení více vadami nebo autismem
  - g) jiné (např. diabetes, alergie na potraviny, celiakie, apod.)  
.....
3. **Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání**  
(úprava stravování, akce školy, apod)
  - a) je v péči specialisty: ano – ne  
(v případě ano, jakého – odbornost) .....
  - b) alergie: ano – ne  
je alergické na: .....  
(vyjmenovat potraviny, ev. léky z důvodu aplikace ve škole)
  - c) dlouhodobě užívá léky: .....
4. **Dítě je řádně očkováno:** ano – ne  
(v případě ne, uvést, zda je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci) .....
5. **Dítě se může účastnit akcí školy – plavání, saunování, škola v přírodě...** ano – ne

V ..... dne .....

Razítko, jméno a podpis lékaře