**Mateřská škola, ul. Na Podlesí 1481, 432 01 Kadaň, příspěvková organizace**

**VYJÁDŘENÍ 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**
3. mentální
4. tělesné
5. zrakové nebo sluchové
6. závažné vývojové poruchy řeči
7. závažné vývojové poruchy chování (ADHD, ADD, apod.)
8. souběžné postižení více vadami nebo autismem
9. jiné (např. diabetes, alergie na potraviny, celiakie, apod.)

………………………………………………………………………………………

1. **Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání**

(úprava stravování, akce školy, apod)

1. je v péči specialisty: ano – ne

(v případě ano, jakého – odbornost) ……………………………..

1. alergie: ano – ne

je alergické na: ………………………………………………………………

(vyjmenovat potraviny, ev. léky z důvodu aplikace ve škole)

1. dlouhodobě užívá léky: ………………………………………………….
2. **Dítě je řádně očkováno:** ano – ne

(v případě ne, uvést, zda je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci) …………………………………….

1. **Dítě se může účastnit akcí školy** – plavání, saunování, škola v přírodě… ano – ne

V …………………………… dne ………………………… ………………………………………………………………

Razítko, jméno a podpis lékaře