|  |
| --- |
| **Vyjádření dětského lékaře****Jméno a příjmení dítěte**: ………………………………………………………………………**Datum narození**: ……………………………………………………………………………….**Adresa**:…………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Dítě je zdravé,může být přijato do MŠ** | **ANO NE** |
| 2. Dítě vyžaduje speciální péči, jedná se o zdravotní potíže v oblasti**:** |
| a) mentální | ANO NE |
| b) tělesné | ANO NE |
| c) smyslové (zrak, sluch…) | ANO NE |
| d) řečové | ANO NE |
|  e) autismus | ANO NE |
|  f) jiné | ANO NE |
| 3.Dítě vyžaduje speciální péči, jedná se o zdravotní znevýhodnění v oblasti: |
| 1. zdravotní oslabení
 | ANO NE |
| 1. dlouhodobá nemoc
 | ANO NE |
| 1. lehčí zdravotní poruchy vedoucí

 k poruchám učení a chování | ANO NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Jiná závažná sdělení o dítěti:  |  |
| Alergie: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Dítě je řádně očkováno:* je proti nákaze imunní
* nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci
 | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Možnost účasti - plavecká výuka, výlety apod.  | ANO | NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Razítko a podpis pediatra: |
| V…………………………….. |