|  |
| --- |
| **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…………………………….. |