

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy a režimu? | ANO | NE |
| 4. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 5. Může se zúčastňovat speciálních akcí MŠ
(plavání, výlety...) | ANO | NE |
| 6. Je dítě pravidelně očkováno dle Zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví?
(Pokud je pro dítě předškolní vzdělávání povinné, nepožaduje škola doklad o očkování.) | ANO | NE |
| 7. Jde o dítě, vyžadující integraci? S jakým postižením? | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře