**Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

**o zdravotnom stave dieťaťa**

( je neoddeliteľnou súčasťou Žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie)

Podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Potvrdzujem, že (meno a priezvisko dieťaťa) .............................................................................

Dátum narodenia: ..........................................

 **Dieťa je spôsobilé navštevovať materskú školu** – je zmyslovo, telesne, duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť.

 **Dieťa nie je spôsobilé navštevovať materskú školu.**

 **Dieťa je spôsobilé navštevovať materskú školu s obmedzeniami** (uviesť aké): ..........

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

**Dieťa má absolvované povinné očkovanie:** ............................................................................

**Dieťa má zdravotné znevýhodnenia –** akými je napr. alergia (uviesť konkrétnu alergiu) alebo iné zdravotné obmedzenia, ktoré by mohli mať vplyv na bezproblémový pobyt v materskej škole:

.....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast: .......................................................

Telefonický kontakt: .............................................................

V ......................................................., dňa: ................................................

 ......................................

pečiatka a podpis lekára