ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA NOVÝ MALÍN

Základní škola a Mateřská škola Nový Malín, příspěvková organizace
Telefon: 588 881 450, email: skola@zsmalin.cz, www.zsmalin.cz, IČO: 73184837

Potvrzení lékaře

Příloha k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, která je součástí subjektu Základní škola a Mateřská škola Nový Malín, příspěvková organizace

ve školním roce 2024/25

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení dítěte: Rodné číslo:

Datum narození: Místo narození:

Trvalé bydliště: PSČ:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy (vyberte možnost a zakroužkujte)

   ANO **NE**

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (vyberte možnost a zakroužkujte)

   a) zdravotní
   b) tělesné
   c) smyslové
   d) jiné
   e) nevyžaduje

3. Další závažná sdělení o dítěti (je-li nutné, uveďte):

……
……
……
……

4. Alergie (je-li nutné, uveďte):

……
……

5. Dítě je řádně očkováno (viz § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví; *netýká se dítěte, které do 31. 8. 2024 dosáhlo pěti let a bude plnit povinné předškolní vzdělávání)* - (vyberte možnost a zakroužkujte)

   ANO **NE**

6. Možnost účasti na akcích školy (plavání, saunování, škola v přírodě) - (vyberte možnost a zakroužkujte)

   ANO **NE**

V ……..., dne …… ……
razítko a podpis lékaře