

SOUKROMÁ MATEŘSKÁ ŠKOLKA ANDĚLSKÁ

VYJÁDRĚNÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Celé jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa:

Dítě je zdravé a může navštěvovat předškolní zařízení.

☐ ano ☐ ne

Dítě je řádně očkováno.

☐ ano ☐ ne

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, stravovací:

Dítě trpí alergií:

Dítě se může účastnit všech aktivit, které školka v průběhu školního roku pořádá, jako je plavání, výlety, sportovní a kulturní akce apod., bez omezení

☐ ano ☐ ne

Ostatní poznámky lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře: