**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození |  |
| Místo narození dítěte |  |

**Vyjádření lékaře:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jde o dítě se speciálně vzdělávacími potřebami? |  |
| Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? |  |
| Trpí dítě chronickým onemocněním? |  |
| Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlety? |  |
| Bere dítě pravidelně léky? |  |
| Je dítě očkováno? |  |
| Doporučuji přijetí dítěte do MŠ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Razítko lékaře |
| Datum:  | Podpis lékaře |

Vyjádření lékaře-strana 1/1