**MATEŘSKÁ ŠKOLA JIŘÍKOV, FILIPOVSKÁ 686, OKRES DĚČÍN**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Jméno a příjmení:……………………………………………………………………………………………….

Datum narození:………………………………rodné číslo………………………………………………..

Místo narození………………………………..zdravotní pojišťovna………………………………….

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE

2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE

3. Je potřeba speciální výchovy? ANO NE

4. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE

Pokud ano jaké?.....................................................................................................

5. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ jako je plavání, výlety apod.?

 ANO NE

6. Jde o integraci zdravotně znevýhodněného či postiženého dítěte do MŠ?

 ANO NE

Pokud ano s jakým postižením?..............................................................................

7. Dítě je řádně očkováno? ANO NE

…………………………………………………………………………………………………………………………..

8. Jiná závažná sdělení o dítěti…………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Alergie………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

V ……………………………dne……………………. ……………………………………………….

 razítko a podpis lékaře