

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Údaje o zdravotní způsobilosti:

Dítě může být přijato do MŠ:

ANO

NE

1. Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na poskytování školské služby

- Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
 - a) zdravotní
 - b) tělesné
 - c) smyslové
 - d) jiné

- Jiná závažná sdělení o dítěti

- Alergie

2. Dítě je řádně očkováno dle kalendáře:

3. Omezení účasti na akcích školy – plavání, výlety

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

Výslovně souhlasím s tím, že MŠ:

- může zpracovávat osobní údaje o zdravotních obtížích (alergie, očkování,...) mého dítěte, které by mohly mít vliv na pobyt dítěte v MŠ. Výslovný souhlas uděluji po dobu docházky do MŠ. Výslovný souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím

Nesouhlasím

V _____ dne _____

Podpis 1. zákonný zástupce

Podpis 2. zákonný zástupce