|  |
| --- |
| ***Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ*** |
|  |  |
| ***Jméno a příjmení dítěte:*** |   |
| ***Datum narození:*** |   |
| ***Rodné číslo:*** |   |
| ***Trvalé bydliště:*** |   |
| ***Zdravotní pojišťovna:*** |   |
|  |  |
| (V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů) |
|  |  |
| **Dítě:** |  |
|  |  |
| 1. je zdravé, **řádně očkováno** |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
| 2. vyžaduje speciální péči v oblasti |
|  | \* zdravotní |
|  | \* tělesné |
|  | \* smyslové |
|  | \* jiné |
| 3. alergie |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaký typ………………. |
|  |  |
| 4. bere pravidelně léky: |  |
|   | \* ne |
|  | \* ano, jaké……………………………….. |
|  |  |
| 5. jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
|  |  |
| 6. trpí dítě chronickým onemocněním? |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
|  |  |
| 7. jde o integraci postiženého dítěte? |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaké postižení…………………………. |
| **Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do MŠ** |
|  |  |
| Datum: | Razítko a podpis pediatra: |
| **U dítěte se zdravotním postižením žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení** |