

Mateřská škola Dobré Pole, příspěvková organizace,

691 81 Dobré Pole 94

Tel: 604 355 106, E-mail: msdobrepole@gmail.com, IČ: 07 618 735

Vyjádření dětského lékaře

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa: _____ **PSČ:** _____

Datum a místo narození: _____

Kód zdravotní pojišťovny: _____

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě je řádně očkováno
3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
 - zdravotní
 - tělesné
 - smyslové
 - jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy: **plavání, škola v přírodě, celodenní výlety**

Přijetí dítěte do mateřské školy: doporučuji nedoporučuji

V _____ dne: _____ razítko a podpis lékaře: