

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

-----  
1. Dítě je zdravé a doporučuji přijetí k předškolnímu vzdělávání: ANO/NE\*

2. Možnost účasti na akcích MŠ - plavání, škola v přírodě atd.: ANO/NE\*

3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: zdravotní/tělesné/smyslové/jiné\*

.....  
.....  
.....  
4. Alergie: ANO/NE\*

.....  
.....  
.....  
5. Jiná závažná sdělení: ANO/NE\*

.....  
.....  
.....  
V ..... dne: .....

Razítko a podpis lékaře: .....