

LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v súlade s § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a §3 ods. 3 vyhlášky Ministerstva školstva SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

Dieťa

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

*** je spôsobilé navštevovať materskú školu**

*v súlade s vekom je zmyslovo, telesne a duševne spôsobilé pre pobyt v detskom kolektíve,
nevyžaduje mimoriadnu starostlivosť*

***nie je spôsobilé navštevovať materskú školu**

Vyjadrenie lekára, ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami, alebo zdravotným obmedzením a dieťa potrebuje špeciálnu starostlivosť:

Údaje o povinnom
očkovaní:

Dieťa *absolvovalo / neabsolvovalo* všetky povinné očkovania.

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára