

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Jméno dítěte: _____ Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: _____

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové nebo jiné?

Alergie: _____

Jiné závažné sdělení o dítěti: _____

Dítě je řádně očkováno: _____

Bere pravidelně léky: _____

Dítě se může účastnit na akcích školy (plavání, saunování, škola v přírodě):

V dne

Podpis a razítko lékaře:

