**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

jméno a příjmení dítěte:………………………………………………………………………………………

datum narození: ………………………………rodné číslo………….…………….………………………

místo narození:………………………………zdravotní pojišťovna………………………………………

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO\* NE\*

2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO\* NE\*

3. Je potřeba speciální výchovy? ANO\* NE\*

4. Bere dítě pravidelně léky? ANO\* NE\*

Pokud ano jaké?…………………………………………………………………………………………………

5. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí MŠ, jako je plavání, výlety, apod.?

 ANO\* NE\*

6. Jde o integraci zdravotně znevýhodněného či postiženého dítěte do MŠ?

 ANO\* NE\*

Pokud ano s jakým postižením? ……………………………………………………………………………

7. Dítě je řádně očkováno? ANO\* NE\*

…………………………………………………………………………………………………………………………

8. Jiná závažná sdělení o dítěti: …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V…………………………………dne………………………… …………………………………………

razítko a podpis lékaře