**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Jméno a příjmení dítěte**: …………………………………………………………………………

**Datum narození**: …………………………………………………………………………………

1. Dítě je řádně očkováno ANO NE

 nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

 nebo

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci
 (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) ANO NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji ANO NE

3. Dítě trpí chronickým onemocněním ANO NE

4. Dítě bere pravidelně léky – jaké? ANO NE

5. Jedná se o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ANO NE

6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

7. Alergie ANO NE

8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Jiná sdělení lékaře

………………………………………… …………………………………………………

 Datum Razítko a podpis lékaře