**Mateřská škola Kly, příspěvková organizace, Lom 289, okres Mělník**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno dítěte** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Bydliště**  |  |

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji | ANO | NE |
| Trpí dítě chronickým onemocněním | ANO | NE |
| Dítě trpí alergiemi. Jaké. | ANO | NE |
| Je potřeba speciálního režimuPokud ano v jaké oblasti: smyslové / tělesné /psychické/ jiné …………………………. | ANO | NE |
| Bere dítě pravidelně léky | ANO | NE |
| Ze zdravotního hlediska se dítě může účastnit akcí školy (plavání, výlety, škola v přírodě a podobně) | ANO | NE |
| Je dítě pravidelně očkováno\*Dítě není očkováno, neboť je proti nákaze imunní nemůže se podrobit trvalou kontraindikaci | ANOANOANO | NENENE |
| Jde o integraci dítěte s postižením \*\* | ANO | NE |
| O jaké postižení jde: |
| Jiná sdělení lékaře: |
| **Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy\*** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum Podpis a razítko lékaře** |

*\* Netýká se povinného předškolního vzdělávání.*

\*\* *U dítěte se zdravotním postižením musí být spolu se žádostí o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání předloženo rovněž písemné vyjádření školského poradenského zařízení*