POTVRZENÍ LÉKAŘE

(slouží jako příloha k žádosti rodičů o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

do dětské skupiny mini ŠKOLKA KULIČKA)

**jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**trvalé bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***1. Potvrzení o povinném zákonném očkování dítěte***

Dítě má / nemá všechna povinná očkování.

Další údaje lékaře:

V(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis lékaře

***2. Vyjádření lékaře k zdravotnímu stavu dítěte***

Současný zdravotní stav dítěte umožňuje / neumožňuje jeho přijetí a pravidelné docházení **dětské skupiny mini ŠKOLKA KULIČKA**:

1. bez omezení
2. s omezením

 Druh omezení:

Další údaje lékaře:

V(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis lékaře