

## Vyjádření lékaře pro přijetí dítěte do MŠ

**Jméno dítěte** ..... **datum narození:** .....

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO/NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti ANO/NE

a) mentální

b) zdravotní

c) tělesné

d) smyslové

e) jiné

Dítě je vhodné zařadit do speciální třídy mateřské školy ANO/NE

3. Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....  
.....

4. Alergie:

.....

5.. Dítě je řádně očkováno ANO/NE

.....

6. Dítě je v péči

a) neurologa

b) psychologa

c) psychiatra

d) logopeda

e) jiného odborného lékaře

7. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis lékaře



Mgr. Jana Sejnová, ředitelka školy  
info@specialni-skola.cz • telefon: 474 68 60 78 • mobil: 777 55 30 50  
č. ú.: 34631441/0100 • IČ: 72744341