

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU
A POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

ADRESA:

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Alergie (uved'te jaké):

Jídlo, které nesmí (dietetické požadavky):

Zdravotní omezení (uved'te):

Léky, které musí dítě v průběhu dne užívat:

Vyjádření lékaře

Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO / NE
Má dítě veškeré předepsané / zákonné očkování?	ANO / NE
Bere dítě pravidelně léky?	ANO / NE
Potřebuje dítě speciální výchovu či režim?	ANO / NE
Jsou u dítěte známy vývojové odchylky?	ANO / NE
Má dítě mezení z účasti na speciálních akcích, např. výlety, plavání..?	ANO / NE
DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MTEŘSKÉ ŠKOLY (JESLÍ)	ANO / NE

Jméno a příjmení lékaře:

Adresa ordinace:

Telefon: (+420).....

RAZÍTKO A PODPIS: