



POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE A ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

ADRESA:

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Alergie (uvedte jaké):

Jídlo, které nesmí (dietetické požadavky):
.....

Zdravotní omezení (uvedte):

Léky, které musí dítě v průběhu dne užívat:
.....

Trpí dítě chronickým onemocněním?

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 omezení z účasti na speciálních akcích, např. výlety, plavání..?	ANO / NE
DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MTEŘSKÉ ŠKOLY	ANO / NE
(JESLÍ)	

Jméno a příjmení lékaře:

Adresa a tel: do ordinace:

RAZÍTKO A PODPIS: