**Příloha č. 1**

**Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti k předškolnímu vzdělávání**

**Příjmení a jméno dítěte**: …………………………………datum narození: …………………

□ dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

□ dítě vyžaduje speciální péči

v oblasti □ zdravotní □ tělesné □ smyslové □ jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Alergie**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

na jídlo:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

jiná:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

□ dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře

□ dítě je řádné očkováno v jiném režimu:

- je proti nákaze imunní (typ/druh)

..................................................................................................................................................

- nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

□ dítě není řádně očkováno

Možnost účasti na akcích školy (plavání, ozdravný pobyt)

□ bez omezení

□ s omezením

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

V Praze dne................................ .........................................................................

razítko a podpis lékaře