#### Vyjádření lékaře o přijetí dítěte

k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2024/2025

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Místo trvalého pobytu:** |  |

**Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte s potřebou zohlednění speciálních vzdělávacích potřeb**

|  |
| --- |
| Zdravotní postižení: |
| * tělesné
 |  |
| * mentální
 |  |
| * smyslové
 |  |
| * vady řeči
 |  |
| * vývojové poruchy chování (ADHD, ADD)
 |  |
| * autismus
 |  |
| * jiné
 |  |
| Zdravotní znevýhodnění: |  |
| Odchylky v psychomotorickém vývoji: |  |
| Jiná závažná sdělení o dítěti: |  |
|  |
| Dítě bylo řádně očkováno: |  | ANO |  | NE |  |
| z důvodu |  | kontraindikace |
|  |  | je proti nákaze imunní |
|  |  | jiné: |  |
| Dítě bere pravidelně léky: |  |
| Alergie: |  |
| Dítě se může účastnit akcí mateřské školy: | plavání |  | ANO |  | NE |
|  | saunování |  | ANO |  | NE |
|  | lyžování |  | ANO |  | NE |
| Přijetí dítěte do mateřské školy |  | DOPORUČUJI |  | NEDOPORUČUJI |
| V |  | dne |  |  |  |
|  |  |  |  |  | *razítko a podpis lékaře* |