#### 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* | | | | | | |