

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

(V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů)

Dítě:

1. je zdravé, řádně očkováno

* ano

* ne

2. vyžaduje speciální péči v oblasti

* zdravotní

* tělesné

* smyslové

* jiné

3. alergie

* ne

* ano, jaký typ.....

4. bere pravidelně léky:

* ne

* ano, jaké.....

5. možnost účasti na akcích školy (plavání, výlety, škola v přírodě...)

* ano

* ano s omezením, jakým.....

* ne

Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do MŠ Tuchořice.

Datum:

Razítko a podpis pediatra:

U dítěte se zdravotním postižením žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Případné změny, zejména změny týkající se zdravotního stavu mého dítěte, bezodkladně doplním.

Souhlasím se zpracováním osobních dat mého dítěte pro potřeby školní matriky a pro účely stanovené právními předpisy.

Souhlasím – nesouhlasím* s uveřejněním fotografií mého dítěte na webových stránkách Základní školy a Mateřské školy Tuchořice a médiích v rámci prezentace školy.

(* nehodící se škrtněte)

Datum	Podpis zákonného zástupce	zapsal-a/ kontroloval-a
Tuchořice		

Přílohy:

- kopie rozhodnutí o odkladu školní docházky pro školní rok /

- ...