



ZÁKLADNÍ ŠKOLA a MATEŘSKÁ ŠKOLA
OBCE ZBYSLAVICE

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

Jméno dítěte:

Narozeného dne:.....

Zákonný zástupce:.....

- | | |
|--|----------|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO – NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO – NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO – NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO – NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO – NE |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlet | ANO – NE |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno? | ANO – NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO – NE |
| 9. S jakým postižením? | ANO – NE |

Jiné sdělení lékaře:

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

.....

datum

.....

razítko a podpis lékaře