



Potvrzení lékaře

Příloha k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, která je součástí subjektu Základní škola a Mateřská škola Nový Malín, příspěvková organizace

ve školním roce 2026/27

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Datum narození:

Místo narození:

Trvalé bydliště:

PSČ:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy (vyberte možnost a zakroužkujte)

ANO

NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (vyberte možnost a zakroužkujte)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

e) nevyžaduje

3. Další závažná sdělení o dítěti (je-li nutné, uveďte):

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

4. Alergie (je-li nutné, uveďte):

.....
.....

5. Dítě je řádně očkováno (viz § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví; *netýká se dítěte, které do 31. 8. 2024 dosáhlo pěti let a bude plnit povinné předškolní vzdělávání*) - (vyberte možnost a zakroužkujte)

ANO

NE

6. Možnost účasti na akcích školy (plavání, saunování, škola v přírodě) - (vyberte možnost a zakroužkujte)

ANO

NE

V, dne

razítko a podpis lékaře