ZÁKLADNÁ ŠKOLA S MATERSKOU ŠKOLOU ŠTIAVNIK 177, 013 55 ŠTIAVNIK

LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia: ..... rodné číslo: .....

Adresa bydliska: .....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č.308/2009 Z.z., ktorou sa mení vyhláška MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

- Dieťa aktuálne trpí - netrpí chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole.
- Dieťa je – nie je fyzicky a psychicky zdravé.
- Vyžaduje - nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovno – vzdelávaciu starostlivosť.
- Dieťa prejavuje - neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie.
- Dieťa má – nemá diagnostikovanú alergiu:

  .....
- Alergia na: .....
- Dieťa má - nemá diagnostikované ochorenie:

  .....
- Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa:

  .....

  .....
- Údaje o povinnom očkovaní:

  .....

Záver: Dieťa: **je spôsobilé** navštevovať materskú školu*

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu*

Dátum .....

Pečiatka a podpis lekára .....

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

*) nehodiace sa prečiarknite