

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození:

Adresa:

U bodů 1-3 zakroužkujte vyhovující odpověď

1. Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy

ano ne

2. Alergie

ano -

ne

3. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ano ne

4. Jiná závažná sdělení o zdraví dítěte

(různá omezení, bez plaveckého výcviku, sauny apod.):

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

V dne

.....

razítko a podpis lékaře