

Základní škola a Mateřská škola Hořepník

nám. prof. Bechyně 53, 394 21 Hořepník
telefon: 564 034 960, mobil: 725 434 023, web: www.zshorepnik.cz

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

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

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

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

2. Dítě je řádně očkováno

příp. proč není (alergie, kontraindikace apod.):

3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

4. Alergie

5. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě.

V _____

Dne _____

razítko a podpis lékaře

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