VZOR

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

**Jméno:**

**Datum narození:**

**Bydliště:**

(vyplní zákonný zástupce)

**ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST (vyplní lékař):**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:**

1. Dítě je zdravé a může být přijato do MŠ:
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
* zdravotní
* tělesné
* smyslové
* jiné
* jiná závažná sdělení o dítěti:
1. Alergie:
* ano (jaká):
* ne
1. Možnost účastnit se saunování v infrasauně v MŠ: ano ne

**Očkování:**

* dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ano ne
* dítě se nemůže podrobit očkování pro kontraindikaci: ano ne

**Datum: Razítko a podpis lékaře:**