**ZŠ a MŠ Miličín okres Benešov, Tyršovo nám. 248, Miličín 257 86,**

**tel. 731 410 043, e-mail: skola@milicin.cz**

**IČO: 71 00 66 48 IZO: 102 002 410 REDIZO: 600 042 057 č. ú.: 181 826 230/0300**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

**ÚDAJE O DÍTĚTI**

|  |  |
| --- | --- |
| **JMÉNO A PŘÍJMENÍ** |  |
| **DATUM NAROZENÍ:** |  | **RODNÉ ČÍSLO**: |  |
| **TRVALÉ BYDLIŠTĚ:** |  |
| **ZDRAV. POJIŠŤOVNA:** |  |

**\*DÍTĚ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.- je řádně očkováno: | ANO | NE |
| 2.- vyžaduje speciální péči v oblasti: | zdravotní: ANO | NE |
| tělesné: ANO | NE |
| smyslové: ANO | NE |
| jiné: |
| 3.- má alergie: | ANO (jaký typ)  |
|  NE |
| 4.- má odchylky v psychomotorickém vývoji: | ANO |  NE |
| 5.- trpí chronickým onemocněním: | ANO (jakým) |
| NE |
| 6.- jde o integraci postiženého dítěte: | ANO (jaké postižení) |
| NE |
| 7. - může se účastnit pohybových akcí, plavání, lyžování, sauna, škola v přírodě: | ANO | NE |
| **\*DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MŠ.** |
| **Datum:** | **Razítko a podpis pediatra:** |

\*Nehodící se škrtněte.

Poznámky:………………………………………………………………………………………………………