Základná škola s materskou školou Brezovica, Brezovica 60, 082 74

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast na školský rok 2024/2025**

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

Dátum narodenia: .............................................. Rodné číslo: ...................................................

Adresa trvalého pobytu: ..............................................................................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dieťa je:

* je spôsobilé navštevovať materskú školu \*
* nie je spôsobilé navštevovať materskú školu \*

 (\* nehodiace sa prečiarknite)

Údaj o povinnom očkovaní:

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pečiatka a podpis lekára: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_