**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa:..............................................dátum narodenia:.................................

Bydlisko:.......................................................................................................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Dieťa je zdravotne **spôsobilé/ nespôsobilé** navštevovať materskú školu:

* nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky súvisiace s obsahom výchovného a vzdelávacieho procesu materskej školy.

|  |  |
| --- | --- |
| □ Absolvovalo*\*)*  | všetky povinné očkovania |
| □ Neabsolvovalo*\*)*   |

Ak má dieťa zmyslové a telesné postihnutie, je nutné podľa § 58 ods.5 školského zákona aj vyjadrenie odborného lekára: .................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................

Ak má dieťa špeciálne - vzdelávacie potreby, je nutné vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast, prípadne vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie:

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

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

Dátum:....................................... Pečiatka podpis pediatra:.......................................