**POTVRDENIE**

**všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

**Meno dieťaťa**:.....................................................................................

**Dátum narodenia**:............................................................

**Bydlisko dieťaťa**:.................................................................................

**Celkový zdravotný stav dieťaťa**:
....................................................................................................................................................

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

**Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:**

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

Potvrdzujem, že dieťa môže/nemôže\* byť na základe zisteného zdravotného stavu prijaté do
materskej školy.

V ...................................................

Dňa ............................................... ..............................................

 pečiatka a podpis lekára

⃰Nehodiace sa prečiarknuť