**POTVRDENIE**

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

**Meno dieťaťa: ......................................................Dátum narodenia: .........................**

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

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorasto zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa § 24 ods. 6 a 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 vyhlášky MŠ SR č. 438/2020 Z. z. o materskej škole.

**Zrak dieťaťa**: nosí dioptrické okuliare nepotrebuje dioptrické okuliare

**Sluch dieťaťa:**  počuje dobre nepočuje dobre

**Reč dieťaťa:** navštevuje logopedickú poradňu nenavštevuje logopedickú poradňu

**Alergie:** Áno (má alergiu) Nie (nemá alergiu)

**Preferovaná ruka:** ľavák pravák používa obidve ruky rovnako

**Choroby a diagnózy: .................................................................................................................**

**Zdravotná poisťovňa: ...............................................................................................................**

**Povinné očkovanie:** Áno, dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania

Nie, dieťa neabsolvovalo všetky povinné očkovania

Niektoré povinné očkovania dieťa neabsolvovalo

**Dieťa:** Áno, je spôsobilé navštevovať materskú školu

Nie, nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dátum Pečiatka a podpis lekára**

\* Nehodiace prečiarknite