**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE \*)**

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Datum narození dítěte:**

1.Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)  **ANO / NE** \*\*)

nebo je proti nákaze imunní **ANO / NE** \*\*)

nebo nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) **ANO / NE** \*\*)

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **ANO / NE**

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **ANO / NE**

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **ANO / NE**

5. Alergie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

6. Jde o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do MŠ - s jakými SVP? **ANO / NE**

7. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání **ANO / NE**

8. Možnost účasti na akcích školy:

* 1. plavání ANO - NE
	2. saunování ANO - NE
	3. škola v přírodě ANO - NE
	4. inhalace ANO – NE
	5. solná jeskyně ANO – NE

Jiná sdělení lékaře:

V ......................................... dne .................... Datum, razítko a podpis lékaře

\*) K přijímacímu řízení je třeba povinně potvrdit bod 1, ostatní body je povinné doložit potvrzené při přijetí dítěte. Doporučujeme nechat potvrdit najednou, abyste nemuseli k pediatrovi dvakrát.

\*\*) Nemusíte vyplňovat pro děti s povinnou předškolní docházkou.