

Potvrzení lékaře

Jméno a příjmení

dítěte:

Adresa:

Datum narození:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

.....

3. Dítě je řádně očkováno:

.....

.....

V dne:

.....

razítko a podpis lékaře