

POTVRDENIE

všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno, priezvisko dieťaťa..... dátum narodenia.....

Bydlisko.....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa Zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyjadrenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa: Dieťa * je / nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v MŠ	Údaj o povinnom očkovaní: dieťa * má / nemá povinné očkovania
---	---

***Nehodiace sa prečiarknite**

Iné poznámky:

Dátum:

pečiatka a podpis lekára

Vyplní MŠ:

Dátum prijatia žiadosti:

Prevzal:

Č:

Prílohy:

Poznámky:

