**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

 **na účely zápisu do materskej školy**

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa podľa § 24 ods.7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Potvrdzujem, že dieťa..............................................................................................

 (meno a priezvisko dieťaťa)

Narodený/á dňa: ......................................................................................................

**je zdravotne spôsobilé navštevovať materskú školu/**

**nie je** **zdravotne spôsobilé navštevovať materskú školu\***

Alergie:......................................................................................................................

Iné: ...........................................................................................................................

Dieťa je očkované podľa očkovacieho kalendára/

Dieťa nie je očkované podľa očkovacieho kalendára**\***

(Neabsolvovanie povinných očkovaní nie je dôvodom na neprijatie dieťaťa do materskej školy.)

Dňa: .......................................... .......................................................................

 pečiatka a podpis lekára

**\***nehodiace sa prečiarknite