



Základní škola a Mateřská škola Václavovice, příspěvková organizace

Obecní 150, 739 34 Václavovice

Web: www.skolavaclavovice.cz | **IČO:** 70973911 | **Bankovní spojení:** 181685896/0300

Tel: +420 773 685 750 | **Email:** sekretariat@skolavaclavovice.cz | **DS:** 6mfvr56

VYJÁDŘENÍ REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE

(příloha k ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____

Adresa trvalého pobytu dítěte: _____

Je dítě podrobena stanoveným pravidelným očkováním? ANO / NE*

*Dítě je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci?:

Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Bere dítě pravidelně léky? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Je dítě na něco alergické? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Vyžaduje dítě speciální péči? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Jde o integraci postiženého dítěte? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Může se dítě účastnit akcí školy (např. výuka plavání, lyžování, škola v přírodě, školní výlet, exkurze atp.)? ANO / NE

Doporučuje se přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání? ANO / NE

Poznámka lékaře: _____

Datum: _____ Razítko a podpis lékaře: _____