

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

a údají o povinnom očkovaní podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

• Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovania. (*nehodiace sa prečiarknite) NIE – ANO*

• Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť NIE – ANO*

- má zdravotne postihnutie

- mentálne, sluchové, zrakové a telesné postihnutie, NIE – ANO*

- narušenú komunikáčnú schopnosť, NIE – ANO*

- má diagnostikovaný autizmus NIE – ANO*

- je choré alebo zdravotne oslabené NIE – ANO*

- má vývinové poruchy NIE – ANO*

- má poruchy správania NIE – ANO*

- vyžaduje dlhodobú/dočasnú zdravotnícku starostlivosť NIE – ANO*

• Dieťa trpi poruchami výživy a má požiadavky na výšku problematických potravín zo stravy, alebo donášku vlastnej stravy: NIE – ANO* (*nehodiace sa prečiarknite).

• Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole a ohrozovať či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa, ale aj ostatných detí. NIE – ANO* aké :

.....
dátum vydania potvrdenia

.....
pečiatka a podpis praktického lekára pre deti a dorast