

## Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

Kolektívne zaradenie:

Alergia:

Dg.: Zdravotný stupeň pre TV: I. II. III. IV.

Iné obmedzenia, úpravy režimu, životospráva:

Údaj o povinnom očkovaní:

Vyjadrenie lekára:

Potvrdzujem, že dieťa je- nie je schopné navštevovať materskú školu.

Dátum: .....

Pečiatka podpis pediatra: .....

---

Prijala dňa: .....

Číslo žiadosti: .....