|  |  |
| --- | --- |
| *E:\Documents\LOGO nové.jpg* | **M A T E Ř S K Á Š K O L A K A M E N I C E, okres Praha - východ****Ringhofferova 437, Olešovice – Kamenice 251 68** mobil : 737 479 013, 776 258 388email : reditelka@mskamenice.cz web: [www.mskamenice.cz](http://www.mskamenice.cz)příspěvková organizace IČ: 75033836**statutární orgán : ředitelka Mgr. Jana Boučková** |

POTVRZENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

**Vyjádření lékaře :** ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb na speciální výchovnou péči

 a režim v běžné MŠnebo jiná závažná sdělení – uveďte jako přílohu žádosti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Řádné a pravidelné očkování dle očkovacího kalendáře | ANO | NE |
| Zdravotní kontraindikace očkování ( pokud ano – doložit lékařské potvrzení )  | ANO | NE |
| Odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte | ANO | NE |
| Zdravotní, smyslové a jiné odchylky ve vývoji | ANO | NE |
| Chronická onemocnění | ANO | NE |
| Pravidelné užívání léků | ANO | NE |
| Potřeba speciální výchovně vzdělávací péče, režimu  | ANO | NE |
| Dítě integrované do běžné MŠ  | ANO | NE |
| Alergie na léky, potraviny atd. | ANO | NE |
| Účast na akcích MŠ – plavání, lyžování, solná jeskyně, výlety apod. | ANO | NE |
| PEDIATR DOPORUČUJE PŘIJETÍ DO MŠ | ANO | NE |
| Jiná sdělení: ( např. potřeba asistenta na základě doporučení PPP )Datum:  | Razítko a podpis pediatra |