

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K NÁSTUPU DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

registrační číslo:

Jméno a příjmení dítěte:

Č. j.:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Dítě je řádně proočkováno pro přijetí do mateřské školy: **ANO X NE**

Alergie:

Dítě vyžaduje speciální péči (dítě se zdravotním postižením nebo oslabením):

Jiná sdělení o dítěti (omezení v aktivitách pořádaných mateřskou školou, např. plavání, bruslení, sportovní akce):

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře



**Mateřská škola Děčín VI, Klostermannova 1474/11,
příspěvková organizace,**

IČ: 72744286