**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

**pred zápisom do materskej školy**

Meno a priezvisko dieťaťa............................................................................................................

Dátum a miesto narodenia..............................................Rodné číslo............................................

Bydlisko...........................................................................PSČ......................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

 Dieťa aktuálne **trpí / netrpí** chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole.

Uveďte dané prejavy: ...................................................................................................................

 Dieťa **je / nie** je fyzicky a psychicky zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť.

Uveďte akú mimoriadnu starostlivosť: ........................................................................................

 Dieťa **má / nemá** diagnostikovanú alergiu.

Uveďte diagnostikovanú alergiu: .................................................................................................

 Dieťa **má / nemá** diagnostikované ochorenie chronického charakteru:

Uveďte chronické ochorenie: .......................................................................................................

 Dieťa **je / nie** je v starostlivosti iného lekára okrem pediatra, ak áno o akého špecialistu ide:

....................................................................................................................................................

 Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa (napríklad zdravotne indikované obmedzenia v stravovaní):

....................................................................................................................................................

 Údaje o absolvovaní povinného očkovania ..........................................................................

Dieťa: **je spôsobilé** navštevovať materskú školu / **nie je spôsobilé** navštevovať materskú školu

Dátum............................ Pečiatka a podpis lekára ..............................................

**Dôležité:**

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.