***Mateřská škola, Školní 1479, Kadaň, příspěvková organizace***

***IČO:706 98 422, tel.: 474 334 511, 733 752 737, e-mail:10.ms@seznam.cz, www.ms-pisnicka.cz***

***VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ***

***Jméno a příjmení dítěte …………………………………………………………….***

***Datum narození …………………………………………………………………….***

***Adresa ………………………………………………………………………………..***

*1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ano // ne*

*2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: a) zdravotní // b) tělesné // c) smyslové // d) jiné*

*3. Jiná závažná sdělení o dítěti (alergie, omezení,…..): ………………………………………...*

*…………………………………………………………………………………………………...*

*…………………………………………………………………………………………………...*

*4. Dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře: ano // ne*

*5. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě,….*

*V Kadani dne …………………………*

 *…………………………………………….*

 *Razítko a podpis lékaře*