 Základná škola s materskou školou, Školská 11, 900 26 Slovenský Grob

**Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

**Meno dieťaťa.............................................................................. .nar.:...........................**

**Adresa:...............................................................................................................................**

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky súvisiace s obsahom výchovno- vzdelávacieho procesu materskej školy.

Je spôsobilé/ nespôsobilé navštevovať MŠ.

Absolvovalo/ neabsolvovalo všetky povinné očkovania.

Alergie/ iné závažné problémy.....................................................................................................

Dátum:.......................................... ........................................................

Pečiatka a podpis praktického lekára pre deti

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**