**Materská škola - Óvoda, Školská 160/3, 076 43 Čierna nad Tisou**

**Zdravotný stav dieťaťa**

Priezvisko a meno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave** dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

Dieťa je **spôsobilé/ nespôsobilé** navštevovať MŠ.

Psychický vývin...........................................................................................................................

Fyzický vývin...............................................................................................................................

Alergie, druh, stupeň postihnutia, iné závažné problémy ...........................................................

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

Očkovanie: ..................................................................................................................................

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