



**Základní škola a Mateřská škola, 193 00 Praha9 – Horní Počernice, Spojenců 1408**  
**Odloučené pracoviště Mateřská škola, Spojenců 2170/44**  
**Tel: 778 726 404, e-mail: [skolka@skolkaspojencu.cz](mailto:skolka@skolkaspojencu.cz), IČO 63830817**

## **Vyjádření lékaře ke zdravotní způsobilosti dítěte**

**Identifikační údaje dítěte:** (vyplní zákonný zástupce)

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Jméno a příjmení:       |  |
| Datum narození:         |  |
| Adresa trvalého pobytu: |  |

**Vyplní poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost:**

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? ANO NE
2. Dítě trpí chronickým onemocněním – jakým? ANO NE
3. Dítě bere pravidelně léky – jaké? ANO NE
4. Alergie – jaké? ANO NE
5. Jde o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do MŠ – s jakými ? ANO NE
6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
7. Jiná závažná sdělení lékaře: .....  
.....  
.....
8. Možnost účasti na školních akcích: Plavání ANO NE Škola v přírodě: ANO NE

**Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání: ANO NE**

**Datum:** .....

.....

**Razítko a podpis lékaře**