**Mateřská škola Ořech, okres Praha - západ, příspěvková organizace**

**Karlštejnská 162, 252 25 Jinočany**

**IČO : 75034956, tel. 313 129 580, 724 400 400 e-mail : info@ms-orech.cz**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Jméno dítěte……………………………………………………………… datum narození……………………………

1. Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
3. zdravotní
4. tělesné
5. smyslové
6. jiné

 Jiná závažná sdělení o dítěti:

 Alergie:

1. Dítě:
2. je řádně očkováno
3. je proti nákaze imunní (typ/druh)
4. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

V ………………………………….. dne…………………..……… ……………………………………………

 Razítko a podpis lékaře