**Materská škola Zvončín 83**

**Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa:...........................................................................................................

Dátum narodenia:..........................................................................................................................

Bydlisko:.......................................................................................................................................

Kolektívne zariadenie: **Materská škola**

Alergia: Dg.:

Zdravotný stupeň pre TV: I. II. III. IV.

**Povinný údaj o očkovaní:**

Iné obmedzenia, úpravy režimu, životospráva:

**Vyjadrenia lekára:**

Potvrdzujem, že dieťa **je** - **nie** je schopné navštevovať materskú školu.

Dátum:....................................... Pečiatka podpis pediatra:.......................................