

**Potvrdenie detského lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa
k žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v materskej škole**

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 od. 7 zák. č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon 355/2007 Z. z.“) a § 3 ods. 3 vyhl. MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov. Podľa § 24 ods. 6 zák. č. 355/2007 Z. z. v predškolskom zariadení môže byť umiestnené len dieťa, ktoré je:

- a) zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve bez obmedzení absolvovať predprimárne vzdelávanie v MŠ
- b) zdravotne spôsobilé s obmedzeniami absolvovať predprimárne vzdelávanie v MŠ.
Konkrétne zdravotné obmedzenia dieťaťa: _____

c) údaje o očkovaní: **absolvovalo** **neabsolvovalo**

d) potravinová intolerancia _____

V dňa:

.....
pečiatka, podpis lekára

Vyplní rodič

Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky údaje v žiadosti sú úplné a pravdivé.

V dňa

.....
podpis rodiča
(zákonného zástupcu)

.....
podpis rodiča
(zákonného zástupcu)