

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Zákonný zástupca meno a priezvisko, podpis:

..... Podpis:

Zákonný zástupca meno a priezvisko (matka):

..... Podpis:

Vyplní lekár

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa pri nástupe na predprimárne vzdelávanie:

Dieťa spôsobilé na pobyt v MŠ: ÁNO/NIE (nevhodne prečiarknite)

Dieťa plne očkované: ÁNO / NIE (nevhodne prečiarknite)

Iné zdravotné záznamy (alergia a iné):

.....

Dátum:

Podpis a pečiatka všeobecného lekára pre deti a dorast

*Údaje budú uchovávané v zmysle Zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.