**Základní škola a Mateřská škola Hamry nad Sázavou, příspěvková organizace,**

IČO: 75023873, telefon: 775 99 44 33

*Příloha k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání*

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

**Údaje o dítěti**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno  | Příjmení  |
| Datum narození  | Rodné číslo |
| Místo narození |
| Trvalé bydliště |

**Vyjádření lékaře**

|  |
| --- |
| (\*nehodící se škrtněte)Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:* zdravotní \*NE \*ANO
* tělesné \*NE \*ANO
* smyslové \*NE \*ANO
* jiné \*NE \*ANO - specifikace

Bere pravidelně léky**:** \* NE \*ANO – specifikaceAlergie: \*NE \*ANO - specifikace Je řádně očkováno: \*NE \*ANO(podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů)Možnost účasti na akcích školy (plavání, celodenní pobyty v přírodě): \* NE \*ANOJiná sdělení lékaře:**\*DOPORUČUJI – \* NEDOPORUČUJI** přijetí dítěte do mateřské školy.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum razítko a podpis lékaře |

**VYPLNIT POUZE U DÍTĚ SE SPECIFICKÝMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI!**

**Doporučení školského poradenského zařízení
nebo odborného lékaře**

Doporučuji (jméno dítěte) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 k inkluzivnímu vzdělávání do MŠ Hamry nad Sázavou.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo odborného lékaře