**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 – specifikace  Alergie: \*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 \*ANO  Jiná 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