**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

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

Dátum a miesto narodenia...............................................Rodné číslo....................................................

Bydlisko...........................................................................PSČ...............................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 o materskej škole v znení neskorších predpisov:

Dieťa aktuálne **trpí/netrpí** chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole – Základná škola s materskou školou, A. Felcána 4, 920 01 Hlohovec.

Dieťa **je/nie** je fyzicky a psychicky zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť.

Dieťa **prejavuje/neprejavuje** príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie.

Dieťa **má/nemá** diagnostikovanú alergiu:

Alergia na:..............................................................................................................................................

Dieťa **má/nemá** diagnostikované ochorenie chronického charakteru:

................................................................................................................................................................

Dieťa **je/nie** je v starostlivosti iného lekára okrem pediatra, ak áno o akého špecialistu ide:

................................................................................................................................................................

Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa

(napríklad zdravotne indikované obmedzenia v stravovaní):

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

* Dieťa: **je** spôsobilé navštevovať materskú školu

 **nie je** spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaje o povinnom očkovaní.......................................................................................................

Dátum.................................. Pečiatka a podpis lekára...................................................

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.