Príloha 2

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve**

(vypĺňa pediater)

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

Dátum narodenia: ................................... Bydlisko: ..............................................................................................

Uveďte, či dieťa trpí takým ochorením alebo stavom, ktorého prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú a o ktorých by mal pedagóg vedieť (napr. percepčné poruchy, epilepsia, cukrovka, neurotická symptomatika, mentálna porucha, hyperaktivita, porucha výživy, iné telesné alebo duševné postihnutie a i.): ..................................................................................

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

**Alergie**: ................................................................................................................................................................

**Diétne stravovanie určené pre**: diabetika - celiatika - iné: ..................................................................................

(Upozornenie: Ak má dieťa indikované diétne stravovanie, rodič je povinný doložiť túto informáciu vyjadrením odborného lekára.)

**Očkovanie**:

* povinné: **áno - nie** /\* (označte správny údaj)
* iné (vypíšte): ...........................................................................................................................................
* rodič **odmietol očkovanie – dieťa nebolo očkované** /\* proti: .....................................................................

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

 z dôvodu: ...........................................................................................................................................................

**Záver:**

Dieťa **je - nie je** /\* spôsobilé na základe uvedených skutočností navštevovať materskú školu.

/\* Označte správny údaj!

Dátum:.......................... Meno a priezvisko lekára: .........................................................................................

 Podpis a pečiatka lekára: