**MATERSKÁ ŠKOLA KALINČIAKOVA 1, 920 01 HLOHOVEC**

www.mskalhlohovec.edupage.org, materskaskolakalinciakova@gmail.com, tel. č.: 033/742 19 85

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA**

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

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

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

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/200/ Z. z.):

Dieťa aktuálne **netrpí** chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole Kalinčiakova 1, 920 01 Hlohovec, **je** fyzicky a psychicky zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť.

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

Dieťa **má/nemá** diagnostikovanú alergiu 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 (napr. zdravotne indikované obmedzenia v stravovaní):

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

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

 **nie je** spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaje 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.