**2. mateřská škola, Most, příspěvková organizace.**

Lidická 44, 434 01 Most

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ZPŮSOBILOSTI PŘIJETÍ DÍTĚTE DO BĚŽNÉ TŘÍDY MŠ**

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna:……………….

1. Dítě se podrobilo **základním stanoveným pravidelným očkováním** (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání.)

ANO NE

**Nebo je proti nákaze imunní**  ANO NE

Nebo nemůže se očkování podrobit **pro kontraindikaci** ANO NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO /NE

………………………………………………………………………………..

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? ANO /NE

…………………………………………………………………………………..

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? ANO/ NE

…………………………………………………………………………………..

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? ANO /NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání: ANO /NE

Případně za jakých podmínek:…………………………………………………………………………………

Jiná sdělení lékaře:

Datum: Razítko a podpis lékaře

*Zákonný zástupce předal v MŠ dne:*

*Podpis:*