

Odklad PŠD ze dne: _____ Předškolní vzdělávání ukončeno dne: _____

Lékařský posudek v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., zákon o ochraně veřejného zdraví:

1. dítě je zdravé a může být přijato do mateřské/základní školy (zakroužkujte): Ano Ne

2. dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní

tělesné

Smyslové

Jiné Napište jaké _____

3. Očkování proti: _____

4. Alergie: _____

5. Užívané léky: _____

6. Další sdělení: _____

* např. levorukost a jiné okolnosti, které považujete za důležité sdělit

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře:

--

Osobní údaje zákonných zástupců

Matka

Otec

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

E-mail: _____

Telefon:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Další osoby starší 18 let zmocněné k vyzvedávání dítěte z MŠ:

Jméno, příjmení: _____ rok narození: _____ telefon: _____

Jméno, příjmení: _____ rok narození: _____ telefon: _____

Jméno, příjmení: _____ rok narození: _____ telefon: _____

Jméno, příjmení: _____ rok narození: _____ telefon: _____

Beru na vědomí nutnost oznámit v MŠ změny ve výše uvedených údajích.

V Kladně: _____ Podpisy zákonných zástupců: _____