**Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti podľa § 24 ods. 6, 7 a 8 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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky č. 308/2009 Z. z.

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

 **Dátum narodenia**.............................................................................................................

**Informácie o očkovaní**......................................................................................................

**Informácie o závažných zdravotných problémoch** (alergie, záchvaty, cukrovka,...), uviesť aj stupeň postihnutia:

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

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

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

Pokyny pre špeciálne potreby a starostlivosť (strava, režim, liečba, a pod.)

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

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

**Dieťa**  □ **je** spôsobilé navštevovať materskú školu

 □ **nie je** spôsobilé navštevovať materskú školu

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

  Dátum Pečiatka a podpis lekára