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

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa** (§ 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole) **a jeho spôsobilosti navštevovať materskú školu:**

Meno a priezvisko dieťa:............................................................................................................

**Údaje o povinnom očkovaní**: \* absolvovalo všetky povinné očkovania

 \* neabsolvovalo všetky povinné očkovania

Iné obmedzenia.............................................................................................................................

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

**Dieťa: \* je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve,**

 **\* nie je zdravotne spôsobilé navštevovať materskú školu.**

Dátum................................................ ..............................................................

 pečiatka a podpis lekára

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-*

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží

vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

\*) Nehodiace sa prečiarknite