**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa**

a údaji o povinnom očkovaní podľa § 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 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení Vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z.

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

Dátum narodenia:

* Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovania. (\*nehodiace sa prečiarknite)
* Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť **NIE – ÁNO**\*

Dieťa je zdravotne znevýhodnené: (\*nehodiace sa prečiarknite).

 - má diagnostikovaný autizmus **NIE – ÁNO**\*

 - má vývinové poruchy **NIE – ÁNO**\*

 - má poruchy správania **NIE – ÁNO**\*

* Dieťa trpí poruchami výživy a má požiadavky na výluku problematických potravín zo stravy, alebo donášku vlastnej stravy: **NIE – ÁNO**\*

 (\*nehodiace sa prečiarknite).

* Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole a ohrozovať či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa, ale aj ostatných detí. **NIE ÁNO**\*

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

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

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

 dátum vydania potvrdenia pečiatka a podpis praktického lekára pre deti a dorast

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**