

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve

podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a podľa § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

(vyplní pediatr)

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Uved'te, či dieťa trpí takým ochorením alebo stavom, ktorého prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú a o ktorých by mal pedagóg vedieť (napr. percepčné poruchy, epilepsia, cukrovka, neurotická symptomatika, mentálna porucha, hyperaktivita, porucha výživy, iné telesné alebo duševné postihnutie a i.):

Alergie:

Diétne stravovanie určené pre: diabetika - celiatika - iné:

(Upozornenie: Ak má dieťa indikované diétne stravovanie, rodič je povinný doložiť túto informáciu vyjadrením odborného lekára.)

Očkovanie:

- povinné: **áno - nie** /* (označte správny údaj)

- iné (vypíšte):

- rodič odmietol očkovanie – dieťa nebolo očkované /* proti:

z dôvodu:

Záver:

Dieťa je - **nie je** /* spôsobilé na základe uvedených skutočností navštevovať materskú školu.

/* Označte správny údaj!

Dátum:.....

Meno a priezvisko lekára:

Podpis a pečiatka lekára: