|  |
| --- |
| **POTVRDENIE**  **O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA A ÚDAJ O POVINNOM OČKOVANÍ 1**  **(OD VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DETI A DORAST)** |
| Dieťa: ..................................................................................................................................................  (meno a priezvisko dieťaťa)  Dátum narodenia: ..............................................................................................................................  ● je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve materskej školy\*)  ● nie je spôsobilé na pobyt v kolektíve materskú školy\*)  Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:  V.................................dňa......................... .......................................................  pečiatka a podpis detského lekára |

\*) nehodiace sa prečiarknite

Poznámka: ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

1 Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov