**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa: ............................................... dátum narodenia: .................................

Bydlisko: ........................................................................

Kolektívne zariadenie: **Materská škola**

Alergia: Dg.:

Povinné očkovanie:

Iné obmedzenia, úpravy režimu, životospráva:

**Vyjadrenia lekára:**

Potvrdzujem, že dieťa **je** - **nie** je schopné navštevovať materskú školu.

Dátum: ....................................... Pečiatka podpis pediatra: .......................................