



ZŠ s MŠ, Okoličianska 404/8C, 031 04 Liptovský Mikuláš
email: zssms@zslmokolice.edu.sk, tel. kontakt: 044/55 208 25

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Meno dieťaťa: _____

Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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 a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaje o povinnom očkovaní:

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