

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu:**

**Jméno a příjmení dítěte..... Datum narození .....**

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Má dítě odchylky v psychomotorickém vývoji?                         | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním?                                   | ANO | NE |
| Jakým?   |     |    |
| 3. Jedná se o integraci dítěte?  | ANO | NE |
| S jakým problémem?   |     |    |
| a) Zdravotním  |     |    |
| b) Smyslovým   |     |    |
| c) Tělesným  |     |    |
| d) Psychickým  |     |    |
| 4. Je vhodný speciální vzdělávací režim?                               | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky?  | ANO | NE |
| Jaké?  |     |    |
| 6. Může se dítě zúčastnit speciálních aktivit (plavání, výlety apod.)? | ANO | NE |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno?*                                       | ANO | NE |

Další informace o dítěti, které by mohly mít vliv na jeho předškolní vzdělávání:

**Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítě k předškolnímu vzdělávání.**

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

\*Netýká se povinného posledního ročníku předškolního vzdělávání.