**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Svojím podpisom potvrdzujem, že dieťa:

Meno a priezvisko dieťaťa: .......................................................................................................................

Dátum narodenia: .................................. R.Č:.............................................

Adresa bydliska: .......................................................................................................................................

je motoricky a psychicky zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú starostlivosť, aktuálne netrpí žiadnym závažným ochorením, ktoré by zabraňovalo jeho začleneniu do skupiny iných detí, a je zo zdravotného aspektu schopné navštevovať predškolské zariadenie a zapájať sa do všetkých aktivít, ktoré prislúchajú jeho vývinovej úrovni.

Dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie.

* Dieťa má / nemá diagnostikovanú alergiu.

Alergia na:...................................................................................................................................

* Dieťa má / nemá diagnostikované ochorenie:

.....................................................................................................................................................

* Dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania:

Áno/nie

Ktoré očkovania neabsolvovalo:.................................................................................................

.....................................................................................................................................................

* Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa:

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

V Bratislave dňa:................... Pečiatka a podpis detského lekára:

V Bratislave dňa: .................. Podpis zákonného zástupcu dieťaťa: