**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

 (podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

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

**Vyjadrenie lekára:**

Dieťa  **je spôsobilé**        **/** **nie je spôsobilé** . navštevovať materskú školu.

Dieťa  **absolvovalo**        **/** **neabsolvovalo**povinné očkovanie.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

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

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

 V ................................. dňa ...........................

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

 pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast