



Lesní mateřská škola Samorost, z. .s
Moskevské náměstí 2163/2a, 415 01 Teplice
IČO: 03299716
Telefon: 777 989 026
Email: samorost.probstov@gmail.com
Bankovní spojení: 2900655378/2010

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Příloha k žádosti o přijetí dítěte do Lesní mateřské školy Samorost

Pro dodržení podmínek stanovených §50 zákona č.258/2000 Sb.o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte do denní péče v Lesní MŠ Samorost v Proboštově je součástí žádosti o přijetí dítěte vyjádření dětského lékaře.

Dětský lékař potvrzuje, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte		
Datum narození		
Dítě je zdravé a může navštěvovat lesní MŠ:	ANO	NE
Dítě má provedena tato povinná očkování:		
Jiná závažná sdělení o dítěti :		
Dítě užívá pravidelně léky	ANO	NE
Dítě je alergické	ANO	NE
Dítě vyžaduje dietní stravování	ANO	NE
Datum	Razítko a podpis lékaře	