Základní škola a Mateřská škola Větřkovice, okres Opava, příspěvková organizace

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

**Jméno a příjmení dítěte:……………………………………………………………………………………………………**

**Datum narození:……………………………………………………………………………………………………………….**

**Trvalé bydliště:…………………………………………………………………………………………………………………**

**1. Trpí dítě chronickým onemocněním? Ano Ne**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**2. Bere dítě pravidelně léky? Ano Ne**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**3. Má dítě nějaké alergie? Ano (jaké) Ne**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**4. Vyžaduje dítě speciální péči v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, stravování, jiné?**

 **Ano Ne**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**5. Může se dítě účastnit speciálních akcí jako je plavání,kurz lyžování, výlety,…?**

 **Ano Ne**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Jiná závažná sdělení o dítěti: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Datum…………………………………… Razítko a podpis lékaře**