



Lesní mateřská škola JELÍNEK

Informace o zdravotním stavu dítěte Lesní mateřská škola Jelínek

jméno a příjmení dítěte.....

datum narození.....

RČ:.....

adresa trvalého bydliště.....

Zdravotní stav dítěte (prosím zaškrtněte a vyplňte):

a) dítě je zdravé, může být přijato do Lesní mateřské školy Jelínek:

b) dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (zakroužkujte a specifikujte):

zdravotní:

smyslové:

tělesné:

jiné:

c) jiná zdravotní sdělení o dítěti:

alergie:

trvale užívané léky:

jiná omezení:

d) očkování

Datum:

Podpis a razítko lékaře: