**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA**

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

Psychický vývin dieťaťa:

**je spôsobilé / nie je spôsobilé** navštevovať súkromnú materskú školu

Fyzický vývin dieťaťa:

**je spôsobilé / nie je spôsobilé** navštevovať súkromnú materskú školu

Dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania: **áno / nie**  \*nehodiace sa prečiarknuť

Alergie, intolerancia, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

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

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

Meno a priezvisko lekára: ..............................................................................................

Tel. kontakt: .......................................................................

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

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

 pečiatka a podpis všeobecného lekára pre

 deti a dorast