**POTVRDENIE**

**všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

meno a priezvisko dieťaťa:.........................................................................................................................................

dátum narodenia: ........................................................ rodné číslo: …………………………...

bydlisko: ......................................................................................................................................

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa a údaji o povinnom očkovaní 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 súlade s § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní /školský zákon/ a o doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení zmeny č.308/2009 Z. z.

**Vyjadrenie:**

\* Dieťa:

* **je / nie je** očkované
* **je / nie je** evidované v odbornej poradni
* **je / nie je** spôsobilé navštevovať materskú školu

\* nehodiace sa prečiarknite

Dátum: ......................................... Pečiatka a podpis lekára: .................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie. Ak sa jedná o dieťa so zdravotným postihnutím (zmyslovým alebo telesným) aj vyjadrenie príslušného odborného lekára.