**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Meno dieťaťa: .......................................................... dátum narodenia: .......................................

Celková zdravotná spôsobilosť dieťaťa k veku............................................................................

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

Potvrdzujem, že dieťaťa netrpí žiadnou takou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú.

Údaje o povinnom očkovaní: .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 dátum podpis a pečiatka lekára