

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné

3. Jiná závažná sdělení lékaře ANO NE

_____ ANO NE

4. Alergie ANO NE

5. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 56/1968 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a školským řádem a dle dalších platných právních předpisů.