

POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Meno a priezvisko dieťaťa

Dátum a miesto narodeniaRodné číslo

Bydlisko PSC

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 59 ods.4 školského zákona č.245/2008Z.z.

Dieťa : je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaj o povinnom očkovaní

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:
