VYJÁDŘENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ KE ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE:

*vyplní zákonní zástupci

Jméno a příjmení dítěte:			
Adresa trvalého pobytu:		PSČ:	
Datum narození:		Místo narození:	
Zdravotní pojišťovna (název):			
Číselný kód zdravotní pojišťovny:			

1. **Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti**:
   a) mentální,
   b) tělesné,
   c) zrakové nebo sluchové,
   d) závažné vady řeči,
   e) závažné vývojové poruchy učení,
   f) závažné vývojové poruchy chování (ADHD, ADD apod.),
   g) souběžné postižení více vadami nebo autismem

2. jiné (např. diabetes, alergická reakce na vybrané potraviny, celiakie apod.): ……..

3. **Údaje o zdravotních obtížích**, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání (úprava stravování, akce školy apod.) :

   a) je v péči specialisty: ano- ne ……(v případě ano, jakého-odbornost)

   b) alergie: ano – ne

      je alergické na: ……..
      (vyjmenovat potraviny, ev. léky z důvodu aplikace ve škole)

   c) dlouhodobě užívá léky: ……(vyjmenovat)

4. **Možnost účasti na akcích školy** – plavání, sanování, škola v přírodě ano - ne

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE:

*vyplní lékař – vhodné označte x, nevhodné případně proškrtněte

Dítě je řádně očkováno:	Ano	
	Ne	
Dítě je proti nákaze imunní		
Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci		

V …….. dne …… …….

razítko, jméno a podpis lékaře