**Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost**

ke zdravotní způsobilosti, zdravotním obtíží nebo jiným závažným skutečnostem, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |  |
| **Datum narození:** |  |

Dítě vy žaduje speciální péči v oblasti

1. zdravotní
2. tělesné
3. smyslové
4. jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

V ………………………………………………….dne………………….. Razítko a podpis lékaře

Na základě § 22 zákona č. 561/2004 Sb., o před školním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon ), je zákonný zástupce povinen neprodleně informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtíží nebo jiných závažných skute čnostec h, které by mohly mít vliv na pr ůběh předškolního vzdělávání.

V ………………………………………………….dne………………….. podpis zákonného zástupce

1

Druhou část potvrzení „*Vyjádření praktického lékaře“* předává zákonný zástupce až po ukončení správního řízení, resp. po přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání, mateřské škole, do ní ž dítě nastoupí