 Základná škola s materskou školou Šarišské Michaľany

Pod lesíkom 19, 082 22 Šarišské Michaľany

## *Materská škola, Pod lesíkom 30,*

## *elokované pracovisko*

## *Základnej školy s materskou školou Šarišské Michaľany*

**Príloha k žiadosti o prijatie dieťaťa do MŠ – potvrdenie o zdravotnom stave**

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .................................................................

Dátum a miesto narodenia: ............................................................

Rodné číslo .........................................

Bydlisko:.................................................................................................................................PSČ:....................

***Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa***

Celkový stav dieťaťa vzhľadom k veku: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne choroby, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy.

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

Potvrdzujem, že dieťa **bolo/nebolo\*** očkované podľa očkovacieho kalendára

Dátum vydania potvrdenia ...................... .................................................

 Pečiatka, podpis lekára