**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

**Meno a priezvisko dieťaťa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dátum narodenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods.7 zákona NR SR č.355/2007 Z.z. o

ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravie a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov:

Zdravotný stav dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaj o povinnom očkovaní: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dieťa: \* je spôsobilé navštevovať MŠ \*nie je spôsobilé navštevovať MŠ

\*Nehodiace sa prečiarknite

Dátum:..................................................... Pečiatka a podpis lekára: