**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Svojim podpisom potvrdzujem, že dieťa:

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

Dátum narodenia: ................................................. R.Č:..................................................

Adresa bydliska: ..............................................................................................................................................

je motoricky a psychicky zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú starostlivosť, aktuálne netrpí žiadnym závažným ochorením, ktoré by zabraňovalo jeho začleneniu do skupiny iných detí a je zo zdravotného aspektu schopné navštevovať detské centrum a zapájať sa do všetkých aktivít, ktoré prislúchajú jeho vývinovej úrovni.

Dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie.

* **Dieťa má / nemá diagnostikovanú alergiu:** *(vyhovujúce zakrúžkujte)*

Alergia na:............................................................................................................................................

* **Dieťa má / nemá diagnostikované ochorenie:** *(vyhovujúce zakrúžkujte)*

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

* **Dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania:** *(vyhovujúce zakrúžkujte)*

Áno/nie

Ktoré očkovania neabsolvovalo:..........................................................................................................

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

* **Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa:**

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

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

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

Meno detského lekára:.....................................................................................................................................

Adresa: ............................................................................................................................................................

Tel. kontakt: ........................................................

V Bratislave dňa:.....................

Pečiatka a podpis detského lekára