**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve**

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

**Dátum narodenia:** ..........................................................................................

**Trvalé bydlisko:** ...............................................................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 3 ods. 1 Vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov

1. **je spôsobilé navštevovať MŠ b) nie je spôsobilé navštevovať MŠ**

Údaje o povinnom očkovaní:

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

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

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

V ..........................................., dňa .................................

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

 Pečiatka a podpis