



MESTO ŽIAR NAD HRONOM

Mestský úrad

Odbor starostlivosti o obyvateľa

Mestské detské jasle

Príloha č. 1 k IS Prevádzkový poriadok Mestských detských jaslí v Žiari nad Hronom

VYJADRENIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DETI A DORAST O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko pediatra:

Telefonický kontakt pediatra:

Potvrdzujem, že (meno a priezvisko dieťaťa):

Dátum narodenia :

Označiť krížikom:

dieťa **nie je spôsobilé** navštevovať Mestské detské jasle

dieťa **je spôsobilé** navštevovať Mestské detské jasle – je zmyslovo, telesne duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa primerane jeho veku

dieťa **je spôsobilé** navštevovať Mestské detské jasle **s obmedzeniami** (uviesť ktoré):

.....
.....

Ďalšie poznámky:

Alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia), iné závažné problémy a skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh starostlivosti o dieťa v jasliach

.....
.....

V, dňa.....

.....
pečiatka a podpis pediatra