

## ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Narodené: ..... Bytom: .....

Číslo zdrav. poisťovne: .....

Tel. kontakt na zákonného zástupcu dieťaťa: .....

Zdravotný stav dieťaťa: .....

.....

Dieťa užíva nasledovné lieky: .....

.....

.....

V poslednom období bolo dieťa očkované: .....

.....

Dieťa je alergické (hmyz, rastliny, lieky, potraviny a pod.): .....

.....

Oznamy pre vychovávateľov a učiteľov v ŠMŠI (náchylnosť na angínu, zápal priedušiek,  
laryngitídu, bolesti žalúdka, hlavy, ťažkosti srdcovej činnosti, časté chodenie na WC a pod.):

.....

.....

.....

.....

V Snine, dňa .....

Podpisy rodičov: .....

.....

## Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast

Zdravotný stav dieťaťa

*u m o ž ň u j e – n e u m o ž ň u j e\**

zúčastňovať sa predprimárneho vzdelávania v Špeciálnej materskej škole internátnej, Palárikova 1602/1, Snina ako org. zložky Spojenej školy internátnej.

*\*nehodiace sa preškrtnite*

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vrátane údajov o povinnom očkovaní.**

*Vyjadrenie všeobecného lekára:*

(prekonané ťažké ochorenia, zápaly, bolesti žalúdka, hlavy, ťažkosti srdcovej činnosti, alergia na lieky atď.)

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

V ....., dňa .....

---

podpis a pečiatka praktického lekára pre  
deti a dorast