**POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA:**

Meno a priezvisko dieťaťa :..........................................Dátum narodenia:...................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**Dieťa je telesne a duševne zdravé** ÁNO NIE

**Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve** ÁNO NIE

**Absolvovalo všetky povinné očkovania** ÁNO NIE

**Trvalá medikácia** ÁNO NIE

Ďalšie poznámky lekára pre deti a dorast: Alergie, zdravotne znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia): ...........................................................................................................

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

Miesto, dátum vydania potvrdenia:.........................................

Pečiatka a podpis lekára :