

## Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa.

Meno dieťaťa..... .nar.:.....

Adresa:.....

Je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ.

Údaj o očkovaní:

Alergie/ iné závažné problémy.....

Dátum:.....

Pečiatka a podpis

---