**POTVRDENIE**

**Všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

**MENO DIEŤAŤA............................................................................................................................................**

**DÁTUM NARODENIA...................................................................................................................................**

**BYDLISKO.......................................................................................................................................................**

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa podľa § 24 ods. 6 a ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky o MŠ SR č. 308/2009 Z. z., ktorou sa mení vyhláška č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

**VYJADRENIE:**

**ÚDAJ O POVINNOM OČKOVANÍ:**

**.......................................................... ........................................................**

**Dátum Pečiatka a podpis**