**Školský klub detí VČIELKA**

Základná škola, Fraňa Kráľa 838, Žarnovica

Facebook: ŠKD Včielka

**Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

**o zdravotnom stave dieťaťa**

Potvrdzujem, že (meno a priezvisko dieťaťa): .........................................................................

Dátum narodenia: ....................................

* Označiť krížikom:
* dieťa **nie je spôsobilé navštevovať** Školský klub detí Včielka
* dieťa **je spôsobilé navštevovať** Školský klub detí Včielka – je zmyslovo, telesne, duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade so psychohygienickými zásadami dieťaťa v mladšom školskom veku
* dieťa **je schopné navštevovať** Školský klub detí Včielka **s obmedzeniami** (uviesť ktoré):

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

**Ďalšie poznámky pediatra:**

Alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia), iné závažné problémy a skutočnosti, ktoré by mali vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa v školskom klube detí:

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

Meno a priezvisko pediatra: ...................................................

Telefonický kontakt na pediatra: ...................................................

V ...................................................

Dňa ...................................................

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

 Pečiatka a podpis pediatra