**Materská škola, Kostolná ulica 560/13, Cabaj-Čápor**

Záznam z preventívnej prehliadky pred vstupom do kolektívneho zariadenia

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

Dátum nar.: ........................................... Rod.číslo.: ....................................................................

Bydlisko : .....................................................................................................................................

Očkovanie : ..................................................................................................................................

Prekonané infekčné a iné ochorenie : ...........................................................................................

Alergické ochorenie a prejavy : ...................................................................................................

(na potraviny, ovocie,

nápoje, mlieko a iné)

**Upozornenie pre pedagógov** : ....................................................................................................

Dieťa je psychicky a somaticky spôsobilé navštevovať kolektívne zariadenie materskej školy.

tel. č. pediatra.................................... ...................................................

pečiatka a podpis pediatra