

Materská škola pri Diagnostickom centre, Slovinská 1, 821 04 Bratislava

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

*(podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane , podpore a rozvoji verejného zdravia  
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov )*

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .....

**Rodné číslo:** .....

**Adresa pobytu:** .....

**Dieťa je zdravotne spôsobilé navštevovať kolektívne zariadenie:** áno    nie

**Očkovací status dieťaťa:** .....

**Iné skutočnosti, ktoré pokladáte za dôležité uviesť:** .....

.....

.....

V ..... dňa .....

pečiatka a podpis všeobecného lekára  
pre deti a dorast