**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE**

**dieťaťa pred začatím poskytovania sociálnej služby v zariadení**

**starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa**

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

Dátum narodenia: ........................ Rodné číslo: ............................... Číslo zdravotnej poisťovne: ..............

Trvalý/prechodný pobyt: ...........................................................................................................................

Navštevuje dieťa odbornú ambulanciu (hodiace sa označte „X“)**:**

[ ]  nie [ ]  áno, názov ambulancie: ...........................................................................................................

Alergie: [ ]  nie, [ ]  áno, aké? .....................................................................................................................

Poskytovanie sociálnej služby v zariadení starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa:

 [ ]  odporúčam [ ]  neodporúčam

V .............................................., dňa ….........................

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

 podpis a pečiatka lekára