**ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK DIEŤAŤA**

Milí rodičia, prosíme Vás o vyplnenie tohto dotazníka pravdivo a dôsledne za účelom predídenia zdravotných komplikácií a zabezpečenia spokojnosti Vašich detí.

**Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dátum narodenia dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Trápia Vaše dieťa niektoré alergie? (napr. senná nádcha, alergia na zvieratá, prach…) Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: ……………………………………………………………………………..............

Nie

2. Je Vaše dieťa na niektoré z potravín alergické? (napr. mlieko, lepok, čokoláda, orechy, citrusy...) Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: …………………………………………………………………………...........….

Nie

3. Má Vaše dieťa nejaké zdravotné obmedzenia? Ak áno, uveďte ktoré, prosím

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

4. Trpí Vaše dieťa nejakými druhmi fóbie (strach z výšok, úzkosť, klaustrofóbia...) Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

5. Trpí Vaše dieťa niektorou z vážnych chorôb? (TBC, epilepsia, srdcové poruchy, respiračné poruchy, cukrovka a pod...)

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

6. Prekonalo Vaše dieťa vážnu chorobu, operáciu alebo úraz? Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

7. Užíva Vaše dieťa pravidelne nejaké lieky? Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

8. Má vaše dieťa neznášanlivosť na niektoré lieky? Ak áno, uveďte ktoré, prosím.

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

9. Má dieťa problémy s výslovnosťou? Ak áno, uveďte aké, prosím.

Áno: .................................................................................................................................

Nie

10. Navštívilo dieťa Centrum pedagogicko psychologického poradenstva a prevencie? Ak áno uveďte z akého dôvodu.

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

11. Špeciálne upozornenia

Áno: ……………………………………………………………………………............

Nie

 Beriem na vedomie, že zákonní zástupcovia dieťaťa sú povinní informovať MŠ o zmenách v zdravotnom stave dieťaťa alebo o iných závažných skutočnostiach zákon č. 245/2008 Z. z. § 144 ods.7 písm. d). Po zistení okolností negatívne ovplyvňujúcich výchovu a vzdelávanie dieťaťa, riaditeľka MŠ môže pristúpiť k tomu, že určí diagnostický pobyt dieťaťa v MŠ.

Prehlasujem, že som v dotazníku uviedol/uviedla pravdivé údaje .

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 dátum podpis rodiča alebo zákonného zástupcu