

Vyjádření lékaře o způsobilosti dítěte k docházce do předškolního zařízení

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle platného očkovacího kalendáře ANO NE

Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní ANO NE

Dítě má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci ANO NE

Předškolní zařízení může přijmout pouze dítě, které se podrobilo pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (§34 odst. 5 Školského zákona a §50 zákona 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví)

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

3. Dítě bere pravidelně léky - jaké? ANO NE

4. Alergie:.....
.....
.....

5. Jiná sdělení lékaře:.....
.....
.....

Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Datum

.....

Razítko a podpis lékaře