VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:____

Datum narození:____

1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů:

   ANO NE

   Má doklad, že je proti nákaze imunní: ANO NE

   Nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci: ANO NE

   V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

   a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné

3. Jiná závažná sdělení lékaře: ANO NE

4. Alergie: ANO NE

5. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, lyžařský kurz, škola v přírodě, solná jeskyně, aj.

   ANO NE

Datum:__________________ Razítko a podpis lékaře:__________________