

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

Identifikační údaje dítěte: (vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	

Vyplní dětský lékař: (zaškrtněte)

- ☐ Dítě je zdravé a může být přijato do MŠ bez omezení
- ☐ Dítě bere pravidelně léky – jaké?
- ☐ Dítě trpí chronickým onemocněním – jakým?
- ☐ Dítě vyžaduje speciální péči – zdravotní – tělesnou – smyslovou – jinou(uveďte jakou).....

Potvrzení o očkování dítěte pro účely přijetí do mateřské školy

- ☐ Dítě je řádně očkováno
- ☐ Dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci
- ☐ Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení)

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami ke vzdělávání do MŠ Vyskytná nad Jihlavou

V.....dne.....razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum vydání

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb