

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte do dětské skupiny, je součástí žádosti o přijetí dítěte do dětské skupiny vyjádření dětského lékaře.

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

- | | |
|--|--------|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí do dětské skupiny) | ANO NE |
| <i>nebo</i> | |
| je proti nákaze imunní | ANO NE |
| <i>nebo</i> | |
| nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? | ANO NE |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? | ANO NE |
| 4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? | ANO NE |
| 5. Jde o integraci - s jakým postižením ? | ANO NE |
| 6. Doporučuji přijetí dítěte do dětské skupiny | ANO NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....

Datum

.....

Razítko a podpis lékaře