VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Jméno, příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podrobilo se dítě stanovenému pravidelnému očkování podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví:

 ANO, podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním

 NE, je proti nákaze imunní

 NE, má kontraindikaci, kvůli které se nemohlo pravidelnému očkování podrobit

 NE, nepodrobilo se stanoveným očkováním z jiného důvodu

Doporučuji přijetí dítěte do předškolního zařízení

ANO – NE

Má dítě omezení v jídle, případně jaké…………………………………………………

 ANO - NE

Má dítě alergie, případně jaké …………………………………………………………..

ANO – NE

Užívá dítě léky, případně jaké …………………………………………………………..

ANO – NE

V ……………….. dne …………………….

razítko a podpis lékaře