

## Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

Jméno a příjmení dítěte:.....Datum narození:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Vyplní ošetřující lékař dítěte.

1. Jsou známé odchylky od psychomotorického vývoje?	ANO	NE
2. Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO	NE
3. Je potřeba speciálního režimu?	ANO	NE
4. Je potřeba speciální výchovy?	ANO	NE
5. Bere dítě pravidelně léky?	ANO	NE
6. Může se dítě účastnit speciálních akcí? / výlety, plavání..)	ANO	NE
7. Jde o dítě se SVP ( např. se zdravotním postižením..)	ANO	NE

### 8. Očkování:

- \* Dítě je řádně a pravidelně 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.
- \* Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, **avšak se jedná o dítě přijímané k povinnému předškolnímu vzdělávání.**

**Jiná sdělení lékaře.:** (alergie, další onemocnění či upozornění).....

.....

.....

**\* Doporučuji - Nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.**

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

\* zakroužkujte zvolenou variantu