



Potvrzení o zdravotní způsobilosti a očkování dítěte pro účely přijetí k předškolnímu vzdělávání v MŠ

Identifikační údaje dítěte: (vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:	

Vyplní dětský lékař:

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- | | | | |
|-------------------------|-----|---|----|
| - zdravotní | ANO | x | NE |
| - tělesné | ANO | x | NE |
| - smyslové | ANO | x | NE |
| - jiné | ANO | x | NE |
| Dítě vyžaduje asistenta | ANO | x | NE |

2. Jiná závažná sdělení o dítěti:

- alergie
- dieta
- nutnost pravidelného podávání léků

3. Možnost účasti na akcích školy:

- | | | | |
|-------------------|-----|---|----|
| - plavání | ANO | x | NE |
| - škola v přírodě | ANO | x | NE |

4. Očkování dítěte*: (*pro děti 2 -5 let, nepovinné pro děti plnící povinnou předškolní docházku)

- 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. 258/200Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

5. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání: ANO x NE

Datum:.....

.....

Razítko a podpis lékaře