



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

V případě, že dítě není očkováno, popište důvod a další doporučený postup

.....

Doporučuji přijetí dítěte do předškolního zařízení

ANO – NE

Má dítě omezení v jídlu, případně jaké.....

ANO - NE

Má dítě alergie, případně jaké

ANO – NE

Užívá dítě léky, případně jaké

ANO – NE

V dne

razítko a podpis lékaře



📍 K AMP 1293, 664 34
Kuřim

🌐 www.elanek.cz/kurim
☎ +420 606 090 299

✉ tekurim@elanek.cz
📘 [elanektekurim](https://www.facebook.com/elanektekurim)

