

## 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 – NE

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

.....

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



♥ Zámecká 1015,  
Hořovice 26801

📧 [slanek.cz@horovice](mailto:slanek.cz@horovice)  
☎ +920 352 911 005

✉ [horovice@elanek.cz](mailto:horovice@elanek.cz)  
📘 ElanekHořovice

