



## 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

