



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

