

PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Místo narození:

Státní občanství: Zdravotní pojišťovna:

Adresa trvalého pobytu:

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE:

Předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví).

- | | | |
|--|-----|------------|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování podle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. | Ano | Ne (důvod) |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | Ano | Ne |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | Ano | Ne |
| 4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? | Ano | Ne |

Jiná sdělení lékaře:

Přijetí do mateřské školy:

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

Datum:

Razítko a podpis lékaře: