**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Jméno a příjmení dítěte: datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo

podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci,

popř. pro dočasnou kontraindikaci ANO NE

2. Dítě trpí chronickým onemocněním – jakým? ANO NE

3. Dítě bere pravidelně léky – jaké? ANO NE

4. U dítěte byly zjištěny alergie – jaké? ANO NE

5. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

Zdravotní ANO NE

Tělesné ANO NE

Smyslové ANO NE

Jiné ANO NE

6. Dítě má odchylky v psychomotorickém vývoji ANO NE

7. Jde o integraci dítěte s postižením do MŠ – s jakým? ANO NE

8. Dítě se může účastnit akcí školy- plavání, saunování, škola v přírodě ANO NE

9. Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy ANO NE

10. Jiná závažná sdělení lékaře o dítěti:

-----------------------------------------------

Datum: Razítko a podpis lékaře

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádření dětského lékaře.