

Mateřská škola Dobré Pole, příspěvková organizace,

691 81 Dobré Pole 94, IČ:07 618 735

ID datové schránky: mfmw5yr ,Tel: 604 355 106, E-mail: msdobrepole@gmail.com

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa: _____ **PSČ:** _____

Datum a místo narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně (2+1 dávka).

ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy: **plavání, škola v přírodě, celodenní výlety** ANO NE

Přijetí dítěte do mateřské školy: **doporučuji** **nedoporučuji**

V _____ dne: _____ razítko a podpis lékaře: