*Č.j.: 3 - /2025/2*

***VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU***

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 mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………………………………………………………….* | | |
| *Datum narození:………………………………………* | | |
| Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb.  **ANO NE** |  |  |

***V případě, že se dítě povinnému očkování nepodrobilo je:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Proti nákaze imunní **ANO NE** |  |  |
| 2. Nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci **ANO NE**  3. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy **ANO NE**  4. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti |  |  |

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti: ……………………………………………………………………

Alergie: ………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………….....

Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě **ANO NE**

Datum :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko pediatra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DÍTĚ , KTERÉ OD 1.9. ZAČNE PLNIT POVINNÉ PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ NEMUSÍ MÍT POTVRZENÍ OD LÉKAŘE