

Jméno a příjmení účastníka řízení (dítěte): _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Zdravotní pojišťovna dítěte: _____

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE/PEDIATRA DÍTĚTE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: **ANO / NE**

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

☐ zdravotní

☐ tělesné

☐ smyslové

☐ jiné: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: _____

3. Možnost účasti na akcích, dítě **JE/NENÍ** ze zdravotního hlediska schopno akcí školy – například:

– *školní výlety, *plavání, saunování, *škola a jiné aktivity v přírodě: **ANO / NE** (nehodící se škrtněte).

POTVRZENÍ PEDIATRA DÍTĚTE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

pro účely přijetí do mateřské školy podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění:

☐ Dítě **je** řádně očkováno dle zákona.

☐ Dítě **není** řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

☐ Dítě **není** řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

V _____ dne: _____

Razítko a podpis lékaře