

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Čestné prohlášení zákonného zástupce ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | | |
|--|------|-----|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví? | ANO* | NE* |
| 2. Jsou odchylky ve vývoji dítěte – jaké? | ANO* | NE* |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO* | NE* |
| 4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? | ANO* | NE* |
| 5. Má dítě na něco prokázanou alergii – na co? | ANO* | NE* |
| 6. Je třeba dodržovat dietní režim – jaký? | ANO* | NE* |
| 7. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet, návštěva divadla, sportovních akcí apod.? | ANO* | NE* |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy – s jakým postižením? | ANO* | NE* |

Jiná sdělení ke zdravotnímu stavu dítěte:

Dávám souhlas MŠ k ověření výše uvedených informací u lékaře a jsem si vědom toho, že nesplnění předepsaného očkování dle přílohy bude důvodem pro nepřijetí dítěte do mateřské školy. Povinné očkování dětí v MŠ je dáno zákonem 258/2000 Sb., §50.

V Sebranicích dne

.....
Podpis zákonných zástupců

*** Nehodící se škrtněte**