

VYJÁDRĚNÍ 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 v rozsahu HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIORIXU - očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní a má o tom doklad ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné: ANO NE

3. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE

4. Alergie, popřípadě chronická onemocnění ANO NE

5. V případě pozitivní alergenů je nutné bezprostřední podání léku ANO NE

6. Potravinová intolerance ANO NE

7. Pravidelné užívání léků ANO NE

_____ Datum

_____ Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: _____ Ze dne: _____ Číslo jednací: _____

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelům do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

_____ 1. zákonný zástupce

_____ 2. zákonný zástupce