

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

MMATEŘSKÁ ŠKOLA LUBĚNICE

783 46 Luběnice 80

IČO 712 94 031

E-mail: msslubenice@seznam.cz telefon 723 58 78 98 <http://www.msslubenice.cz/>



Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození:

.	.	
---	---	--

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

2/ Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní	/	tělesné	/	smyslové	/	jiné
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3/ Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

4/ Dítě se může účastnit akcí školy – plavání **ANO** **NE**

5 a/ 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**

5 b/ Dítě se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

ANO **NE**

V _____ dne: _____

razítko a podpis lékaře

* *Nehodící se škrtněte*