

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**M**ATEŘSKÁ ŠKOLA LUBĚNICE příspěvková organizace

783 46 Luběnice 80

IČO 712 94 031

E-mail: [msslubenice@seznam.cz](mailto:msslubenice@seznam.cz) telefon 723 58 78 98 <http://www.msslubenice.cz/>



Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození:  .  .

Rodné číslo:  /

- .....
- 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**

- 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*