

Mateřská škola Loštice, okres Šumperk, příspěvková organizace

Trávník 595, 789 83 Loštice

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti: _____

Alergie: _____

POTVRZENÍ PEDIATRA 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 se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní:

ANO NE

NEBO:

Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (§ 50 zákona č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů).

ANO NE

V _____ dne: _____

Razítko a podpis lékaře: