

Mateřská škola Pohled
Zámecká 91, 582 21 Pohled

tel.: 721 237 911, e-mail : materskaskola@obecpohled.cz

IČ: 710 00 496, ID DS : 6t9kxa3

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, **je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

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 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

nebo je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

ANO NE

2. Bere dítě pravidelně léky?

ANO NE

3. Alergie:

ANO NE

4. Možnost účasti na akcích školy - plavání, sauna, škola v přírodě

ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

Datum

Razítko a podpis lékaře