

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | | |
|--|-------------------|---|---------------------|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním a tím splnilo podmínku pro přijetí k předškolnímu vzdělávání, | ANO | - | NE |
| nebo | | | |
| je proti nákaze imunní, | ANO | - | NE |
| nebo | | | |
| nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky). | ANO | - | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | - | NE |
| Jaké? | | | |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | - | NE |
| Jakým? | | | |
| 4. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | - | NE |
| Jaké? | | | |
| 5. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání. | DOPORUČUJI | - | NEDOPORUČUJI |

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře