**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním a tím splnilo podmínku pro přijetí k předškolnímu vzdělávání,

nebo je proti nákaze imunní,nebo nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraidikaci, popř. pro dočasnou kontraidikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky). | **ANO** | **- NE** |
| **ANO** | **- NE** |
| **ANO** | **- NE** |
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?

Jaké? | **ANO** | **- NE** |
| 1. Trpí dítě chronickým onemocněním?

Jakým? | **ANO**  | **- NE** |
| 1. Bere dítě pravidelně léky?

Jaké? | **ANO** | **- NE** |
| 1. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.
 | **DOPORUČUJI** | **- NEDOPORUČUJI** |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Razítko a podpis lékaře