

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

Vyplní rodič (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Zdravotní pojišťovna:	

Vyplní dětský lékař dítěte:

Alergie	NE
	ANO – jaké:
Trvale užívané léky	NE
	ANO – jaké:

Očkování

(vyjádření lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)

- Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním.
- Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní.
- Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Jiná důležitá sdělení o dítěti:

Přijetí dítěte do dětské skupiny:	<input type="checkbox"/> DOPORUČUJI
	<input type="checkbox"/> NEDOPORUČUJI

Datum, razítko a podpis lékaře:

--