

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

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

ANO

NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ?

ANO

NE

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ?

ANO

NE

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ?

ANO

NE

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?

ANO

NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO

NE

7. Alergie: _____

ANO

NE

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře