Potvrzení ošetřujícího lékaře dítěte
přijímaného do mateřské školy zřizované statutárním městem Přerovem

Část A vyžadována s odkazem na ustanovení § 50 zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Přímení, jméno dítěte	
Bydliště	
Datum narození	

Vyjádření lékaře

A **Dítě** (vyberte, prosím, jednu z možností)

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře
b) má doklad o tom, že je proti nákaze imunní
c) má doklad o tom, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Doklad vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče.

B

Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy **ano – ne**

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

a) zdravotní
b) tělesné
c) smyslové
d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti

Alergie

Další omezení

Možnost účasti na akcích školy – plavání – saunování – škola v přírodě

V _____ dne _____ **Razítko a podpis lékaře**