**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte**

**Jméno a příjmení dítěte**:.……….........................…………….……………………........…......

**Datum narození**:.....…………...................

Pro účel přijetí dítěte do mateřské školy a dodržení podmínek podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb.,

o ochraně veřejného zdraví, prosíme pediatra o zaškrtnutí odpovídající odpovědi, či doplnění:  
1. Očkování dítěte

☐ 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 2+1 dávka).

☐ Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní, nebo se nemůže očkování

podrobit pro trvalou kontraindikaci.

☐ Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000

Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Alergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Pravidelně užívané léky:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Chronická onemocnění:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Psychomotorický vývoj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Je dítě schopno -vzhledem ke svému zdravotnímu stavu- účastnit se výletů a akcí školy:

☐ ANO ☐ NE

8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání:

☐ ANO ☐ NE

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře:………………………………