|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte** **JMÉNO DÍTĚTE …………………………………………………………****DATUM NAROZENÍ …………………………………………………….** |
| **1.** | **Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50**  | **ANO\*** | **NE\*** |
|  | **zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví** |
|  |
| 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\* |
|  |
| **Jiná sdělení lékaře:** |
|  |
| **Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO\* NE\*** |
|  |
|   |  |   |
| Datum |  | Razítko a podpis lékaře |
|   |
|  |
| \* NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE | VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM |
| \*\* NEPOVINNÝ ÚDAJ |