

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE – PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno | ANO | NE |
| nebo | | |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| nebo | | |
| nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci
(z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji | ANO | NE |
| 3. Dítě trpí chronickým onemocněním | ANO | NE |
| 4. Dítě bere pravidelně léky – jaké? | ANO | NE |
| 5. Jedná se o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami | ANO | NE |
| 6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: | ANO | NE |
| 7. Alergie | ANO | NE |
| 8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |
- Jiná sdělení lékaře

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře