**Potvrzení lékaře o zdravotním stavu dítěte pro přijetí do mateřské školy**

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

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

Trvalé bydliště:........……..............................................................................................................

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ☐ ANO ☐ NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: (odpovídající zaškrtněte)

☐ zdravotní

☐ tělesné

☐ smyslové

☐ jiné

**Jiná závažná sdělení o**

**dítěti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

pro účely přijetí do mateřské školy podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění:

☐ Dítě je řádně očkováno.

☐ 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

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: