

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE *)

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

1. 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 minimálně 2+1 dávka)

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 - jaké? **ANO / NE**

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým? **ANO / NE**

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké? **ANO / NE**

5. Alergie:

6. Jde o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do MŠ - s jakými SVP? **ANO / NE**

7. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání **ANO / NE**

8. Možnost účasti na akcích školy:

- | | |
|--------------------|----------|
| a. plavání | ANO - NE |
| b. saunování | ANO - NE |
| c. škola v přírodě | ANO - NE |
| d. inhalace | ANO - NE |
| e. solná jeskyně | ANO - NE |

Jiná sdělení lékaře:

V dne

Datum, razítko a podpis lékaře

*) K přijímacímu řízení je třeba povinně potvrdit bod 1, ostatní body je povinné doložit potvrzené při přijetí dítěte. Doporučujeme nechat potvrdit najednou, abyste nemuseli k pediatrovi dvakrát.

***) Nemusíte vyplňovat pro děti s povinnou předškolní docházkou.