



**Mateřská škola Polná, příspěvková organizace  
Varhánkova 263, 588 13 Polná**

Jméno a příjmení účastníka řízení (dítě): \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné: \_\_\_\_\_

Jiná závažná sdělení o dítěti:

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

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – školní výlety, akce mimo budovu školy.

**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