



**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 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