

Vyjádření zákonného zástupce nebo lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

Vyplní ošetřující lékař dítěte nebo zákonný zástupce.

1. Jsou známé odchylky od psychomotorického vývoje	ANO	NE
2. Trpí dítě chronickým onemocněním? Jakým?	ANO	NE
3. Je potřeba speciálního režimu?	ANO	NE
4. Alergie, diety? Jaké?	ANO	NE
5. Bere dítě pravidelně léky? Jaké?	ANO	NE
6. Může se dítě účastnit mimoškolních akcí? (výlety do přírody, plavání, lyžování, ...)	ANO	NE
<p>..... podpis zákonného zástupce</p> <p>..... podpis lékaře</p>		

<p>Vyplní ošetřující lékař dítěte</p> <p>Očkování: * Dítě je řádně a pravidelně očkováno.</p> <p>* Dítě není řádně očkováno, tudíž nesplňuje § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví</p> <p>* Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, avšak se jedná o dítě přijímané k povinnému předškolnímu vzdělávání.</p>	
<p>Jiná sdělení lékaře:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>..... datum</p>	<p>..... razítko a podpis lékaře</p>
<p>* zakroužkujte zvolenou variantu</p>	