



## POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K POBYTU V PŘEDŠKOLNÍM ZAŘÍZENÍ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: \_\_\_\_\_  
DATUM NAROZENÍ: \_\_\_\_\_  
Jméno zákonného zástupce: \_\_\_\_\_  
Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_  
Adresa místa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Posuzované dítě: - je zdravotně způsobilé k pobytu s dětmi v rámci miniškolky:

- není zdravotně způsobilé
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

\_\_\_\_\_

Potvrzujeme, že dítě - se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO  
– NE

- je proti nákaze imunní (typ/druh):

\_\_\_\_\_

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) : \_\_\_\_\_

- je alergické na :

\_\_\_\_\_

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

\_\_\_\_\_

Jiné sdělení lékaře:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ datum vydání posudku razítko a podpis lékaře