

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

JMÉNO DÍTĚTE

DATUM NAROZENÍ

1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50

zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví

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*

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO*

NE*

Datum

Razítko a podpis lékaře

* NEHODÍCI SE ŠKRTNĚTE

** NEPOVINNÝ ÚDAJ

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM