



**Posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k přijetí do dětské skupiny**

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Bytem: \_\_\_\_\_

Zákonný zástupce dítěte: \_\_\_\_\_

**Stvrzuji, že výše uvedené dítě (vyberte možnost):**

- se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování dle očkovacího kalendáře
- je proti nákaze imunní
- se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

**Posuzované dítě je zdravotně způsobilé k docházce do dětské skupiny (vyberte možnost):**

- bez omezení,
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),
- není zdravotně způsobilé.

je alergické na:

.....  
.....

dlouhodobě užívá léky (typ / druh, dávka)

.....  
.....

Toto potvrzení se vydává zákonnému zástupci na základě § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, v souvislosti s podáním žádosti k přijetí dítěte do dětské skupiny.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis a razítko dětského lékaře