

**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