



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno, příjmení - dítěte:
Datum narození:
Bydliště:
Zdravotní pojišťovna:

Podrobilo se dítě stanovenému pravidelnému očkování podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví:

ANO

NE

V případě, že dítě není očkováno, popište důvod a další doporučený postup

.....
Má dítě omezení v jídlu: ANO (jaké)

NE

.....
Má dítě alergie: ANO (jaké)

NE

.....
Užívá dítě léky: ANO (jaké)

NE

.....
Má dítě zdravotní potíže: ANO (jaké)

NE

.....
Možnost účasti na akcích školy, plavání, solná jeskyně: ANO

NE

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

Přijetí dítěte do Mateřské školky Paperáček.

Datum:

Podpis, razítko: