

**Dítě**

Jméno, příjmení : .....

Datum narození : .....

Adresa trvalého bydliště: .....

**Vyjádření dětského lékaře**1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO - NE2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti ANO - NE

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

3. Bere dítě pravidelně léky ANO - NE

Jaké.....

4. Alergie ANO - NE

.....

.....

5. Dítě je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře ANO - NE

.....

.....

v případě, že NE - má doklad, že je proti nákaze imunní /doložit / ANO - NE

nebo - nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci /doložit / ANO - NE

6. Jiná závažná sdělení o dítěti:.....

.....

V..... dne.....

.....

Razítko a podpis lékaře