

Dítě

Jméno, příjmení :

Datum narození :

Adresa trvalého bydliště:

Vyjádření dětského lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO - NE

2. 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 kontraindikaci / doložit / ANO - NE

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

.....

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

Razítko a podpis lékaře