**POTVRZENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| Datum narození: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Trvale užívané léky:** | NE |
| ANO – jaké: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alergie:** | NE |
| ANO – jaké: |

|  |
| --- |
| **Očkování**  (vyjádření lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)  Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním.  Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní.  Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jiná důležitá sdělení o dítěti:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Možnost účasti na případných mimořádných akcích:** (plavání, sauna, výlet, kulturní akce atd.): | BEZ OMEZENÍ |
| OMEZENÍ – jaké: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Přijetí dítěte do dětské skupiny:** | DOPORUČUJI |
| NEDOPORUČUJI |

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**razítko a podpis lékaře**