

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)
<input type="checkbox"/> Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním.
<input type="checkbox"/> Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní.
<input type="checkbox"/> 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.):	<input type="checkbox"/> BEZ OMEZENÍ
	<input type="checkbox"/> OMEZENÍ – jaké:

Přijetí dítěte do dětské skupiny:	<input type="checkbox"/> DOPORUČUJI
	<input type="checkbox"/> NEDOPORUČUJI

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře