

POTVRZENÍ LÉKAŘE

(slouží jako příloha smlouvy o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
do Sluníčkové dětské skupiny)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

1. Potvrzení o povinném zákonném očkování dítěte

Výše zmiňované dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře
- je proti nákaze imunní
- se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

2. Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

Současný zdravotní stav dítěte umožňuje / neumožňuje jeho přijetí a pravidelné docházení do dětské skupiny:

- bez omezení
- s omezením, druh omezení:

3. Další údaje lékaře:

Toto potvrzení se vydává zákonnému zástupci na základě § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, v souvislosti s podáním žádosti k přijetí dítěte do předškolního zařízení.

V _____ dne _____

 podpis a razítko lékaře