

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna dítěte:.....

V souladu s § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění a § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně zdraví, v plném znění, může mateřská škola, s výjimkou zařízení, do nichž je docházka povinná, přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, případně má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci.

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci:

ANO

NE

Jiná sdělení lékaře:

(zdravotní postižení, chronická onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, nutná individuální péče apod.)

.....

datum

.....

razítko a podpis lékaře