|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**  **JMÉNO DÍTĚTE …………………………………………………………**  **DATUM NAROZENÍ …………………………………………………….** | | | | | | | | |
| **1.** | | **Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50** | | | **ANO\*** | | | **NE\*** |
|  | | **zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví** | | |
|  | | | | | | | | |
| 2. | Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké? | | | | | ANO\* | NE\* | |
|  | | | | | | | | |
| 3. | Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým? | | | | | ANO\* | NE\* | |
|  | | | | | | | | |
| 4. | Bere dítě pravidelně léky - jaké? | | | | | ANO\* | NE\* | |
|  | | | | | | | | |
| **Jiná sdělení lékaře:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO\* NE\*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |
| Datum | | |  | Razítko a podpis lékaře | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| \* NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE | | | VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM | | | | | |
| \*\* NEPOVINNÝ ÚDAJ | | |