

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K DOCHÁZCE DO DĚTSKÉ SKUPINY VLNKA

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Bytem: _____

Zákonný zástupce dítěte: _____

Stvrzuji, že výše uvedené dítě (vyberte možnost):

- se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování dle očkovacího kalendáře
- je proti nákaze imunní
- se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Posuzované dítě je zdravotně způsobilé k docházce do Dětské skupiny VLNKA (vyberte možnost):

- bez omezení,
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),
- není zdravotně způsobilé.

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 dětské skupiny.

V _____ dne _____

Podpis a razítko dětského lékaře

Potvrzení rodiče o převzetí posudku od lékaře:

V _____ dne _____

