

**POTVRZENÍ A VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

**POTVRZENÍ LÉKAŘE O OČKOVÁNÍ:**

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 veřejného zdraví, v platném 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 trvalou kontraindikaci.**

Jméno dítěte:		Datum nar. dítěte:	
---------------	--	--------------------	--

**Dítě je očkováno dle zákona:** ANO - NE

**Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní:** ANO - NE

**Trvalá kontraindikace:** ANO - NE

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:**

1. Dítě **je - není** zdravotně způsobilé ke vzdělávání v mateřské škole. <sup>\*)</sup>

2. Dítě:  
 a) **není zdravotně postiženo**

b) **je zdravotně postiženo a vyžaduje speciální péči v oblasti:**

.....

3. Alergie dítěte: .....

.....

4. Dítě bere pravidelně léky: .....

.....

5. Jiné údaje o zdravotních obtížích dítěte, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání:

.....

.....

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

<sup>\*)</sup>nehodící se škrtněte