

ZPRÁVA O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození _____

Trvale bytem _____

Zákonný zástupce dítěte _____

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

1. Dítě je zdravé.
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné.
3. Alergie: _____
4. Stvrzuji, že výše jmenované dítě:
 - a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování dle očkovacího kalendáře
 - b) je proti nákaze imunní
 - c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

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 _____

razítko a podpis lékaře