

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)	ANO	NE
--	-----	----

nebo je proti nákaze imunní	ANO	NE
-----------------------------	-----	----

nebo nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci.	ANO	NE
--	-----	----

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
---------------------------------------	-----	----

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?	ANO	NE
--	-----	----

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.	ANO	NE
---	-----	----

Jiná sdělení lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře: