

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Příjmení a jméno dítěte:	
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:
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 MŠ, 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 kontraindikaci.	
Dítě je řádně očkováno:	*ANO/NE
Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní:	*ANO/NE
Trvalá kontraindikace:	*ANO/NE
Možnost účasti na akcích školy - plavání, kondiční cvičení	*ANO/NE
Přijetí do mateřské školy:	*DOPORUČUJI NEDOPORUČUJI
* NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE	
Datum, razítko a podpis pediatra:	

Podpis zákonných zástupců dítěte: