

POTVRZENÍ LÉKAŘE Підтвердження педіатра

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE <i>Прожу зарахувати дитину</i>	DATUM NAROZENÍ <i>Дата народження дитини</i>

1. OČKOVÁNÍ		<i>(nehodící se škrtněte)</i>	
Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statutu 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	
<i>nebo</i> Dítě je proti nákaze imunní	ANO	NE	
<i>nebo</i> Dítě se očkování nemůže podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).	ANO	NE	
2. ODCHYLKY V PSYCHOMOTORICKÉM VÝVOJI	ANO	NE	
V případě, že se u dítěte odchylky vyskytují, uveďte jaké.			
3. CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	
V případě, že dítě trpí chronickým onemocněním, uveďte jakým.			
4. PRAVIDELNÉ UŽÍVÁNÍ LÉKŮ	ANO	NE	
V případě, že dítě užívá pravidelně léky, uveďte jaké.			
5. JEDNÁ SE O INTEGRACI POSTIŽENÉHO DÍTĚTE?	ANO	NE	
V případě, že ANO, uveďte, o jaké postižení se jedná.			
6. DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ V MŠ	ANO	NE	

DATUM <i>дата</i>	RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE <i>підпис педіатра</i>

Podepsáno v <i>m. (назва населеного пункту)</i>	Dne <i>дата</i>	podpis zákonného zástupce <i>підпис законного представника дитини</i>
.....