

VYJÁDRĚNÍ 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

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Školní rok: _____ Ze dne: _____ Číslo jednací: _____

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

1. zákonný zástupce

2. zákonný zástupce

Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.