

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. **Řádné očkování** dle očkovacího kalendáře ano ne.

nebo

Očkování není možné důvodu trvalé/dočasné kontraindikace ano ne.

nebo

Dítě je proti nákaze imunní. ano ne.

2. Dítě vyžaduje **speciální péči** v oblasti:

- a) zdravotní
- b) tělesné
- c) smyslové
- d) jiné

3. **Alergie:**

.....

4. **Jiná sdělení lékaře:**

.....

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

přijetí do MŠ.

.....
datum

.....
razítko a podpis lékaře

U dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami je nutné doložit i vyjádření školského poradenského zařízení.