

# POTVRZENÍ LÉKAŘE

pro účely přijetí k předškolnímu vzdělávání



Jméno dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Doporučuji dítě k přijetí do mateřské školy:                      **ANO**                      **NE**

- dítě nevyžaduje žádnou speciální péči
- dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: \_\_\_\_\_
  
- dítě nebere pravidelně žádnou medikaci
- dítě bere pravidelně medikaci: \_\_\_\_\_
  
- dítě nemá žádnou alergii
- dítě má alergii na: \_\_\_\_\_
  
- dítě nemá žádná potravinová omezení
- dítě má následující potravinová omezení: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- dítě má speciální stravovací nároky, vycházející z jeho zdravotního stavu = dítě má zdravotní dietu, která neumožňuje stravování v MŠ a je nutné donášení vlastní stravy rodičem dítěte

Jiná důležitá sdělení o dítěti: \_\_\_\_\_

## VAKCINACE:

### INFORMACE O OČKOVÁNÍ NEJSOU VYŽADOVÁNY U PŘEDŠKOLÁKŮ

- absolvovalo vakcinaci povinnou pro přijetí do předškolního zařízení, tj. očkování proti šesti onemocněním (tetanus, černý kašel, dětská přenosná obrna, hepatitida typu B, záškrť, onemocnění vyvolané haemophilus influenzae typu B) ve schématu minimálně 2 + 1 a dále očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám v minimálně jedné dávce
- bylo očkováno pouze částečně a zbytek očkování byl z důvodu reakce či aktuálního zdravotního stavu kontraindikován / dočasně kontraindikován
- má dočasnou / trvalou kontraindikaci očkování
- má doklad, že je proti nákaze imunní

DATUM: \_\_\_\_\_ RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE: \_\_\_\_\_