

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MŠ

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Trvalý pobyt (u cizinců místo pobytu):
.....

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním podle zákona č. 258/2000 Sb. *), má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO

NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblastech (zdravotní, tělesné, smyslové, jiné):
.....

Alergie:
.....

Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:
.....
.....

V dne

.....
razítko a podpis lékaře

*)

§ 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Poskytovatel služby péče o dítě v dětské skupině a dále právnická osoba nebo podnikající fyzická osoba, která provozuje v provozovně živnost nebo v případě právnické osoby též jinou činnost, v jejíž náplni je péče o děti do 3 let věku, nebo mateřská škola, s výjimkou zařízení uvedených v § 46 odst. 4 větě druhé a zařízení, do nichž je docházka povinná, mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.