

VYJÁDŘENÍ 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 trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

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: _____

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.