

Příloha 1 žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Potvrzení poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost o povinném očkování

Potvrzuji, že se:

jméno a příjmení dítěte:	
datum narození:	

dle ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů:

podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním ano ne
má doklad, že je proti nákaze imunní ano ne
nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci ano ne

V dne
razítka a podpis praktického lékaře pro děti a dorost

Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost *)

ke zdravotní způsobilosti, zdravotním obtížím nebo jiným závažným skutečnostem, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání

jméno a příjmení dítěte:	
datum narození:	

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

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

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy: **plavání, saunování, škola v přírodě**

V dne
razítka a podpis lékaře

Na základě § 22 zákona 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů je zákonný zástupce povinen neprodleně informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání.

V dne
podpis zákonného zástupce

*) Druhou část potvrzení „Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost“ předává zákonný zástupce až po ukončení správního řízení mateřské školy, do níž dítě ve školním roce 2022/2023 nastoupí.