Dětská skupina Šiška

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY**

Provozovatel Obec Bory

Vyplní rodič (zákonný zástupce):

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Datum narození: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

**Vyplní dětský lékař dítěte:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Alergie** | NE |
| ANO – jaké: |
| **Trvale užívané léky** | NE |
| ANO – jaké: |

|  |
| --- |
| **Očkování**(vyjádření lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví) ☐ Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním. ☐ Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní. ☐ Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. |

|  |
| --- |
| **Jiná důležitá sdělení o dítěti:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Přijetí dítěte do dětské skupiny:** | ☐ DOPORUČUJI |
| ☐ NEDOPORUČUJI |

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře