

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k nástupu do předškolního zařízení

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávající posudek:

.....

Adresa:.....

IČO:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Bydliště:.....

Účel vydání posudku: Nástup k pravidelné docházce do předškolního zařízení

Část A) Posuzované dítě k nástupu k pravidelné docházce do předškolního zařízení

je zdravotně způsobilé není zdravotně způsobilé je zdravotně způsobilé s omezením

.....

Část B) Posuzované dítě

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním - ANO / NE

b) je imunní proti nákaze (typ/druh):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na:

e) trvale užívá léky a jejich současné dávkování:

.....

Zákonný zástupce:

.....

Jméno, příjmení

.....

podpis

Lékař:

Datum vydání posudku:

.....

Jméno, příjmení lékaře

.....

podpis lékaře

Razítko poskytovatele zdravotnických služeb: