

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE PRO ÚČAST V DĚTSKÉ SKUPINĚ ZAHRÁTKA

Dítě: Jméno: ..... Příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Posuzované dítě

▪ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

▪ je proti nákaze imunní (typ/druh)

.....

▪ má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

.....

Posuzované dítě k účasti v zařízení péče o děti Školka ZaHRÁTka:

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): .....

Potřebuje zvláštní péči v některé oblasti: .....

Trpí závažným onemocněním: .....

Dítě je alergické na: .....

Dítě má astma Ano / Ne

Dítě má v anamnéze febrilní křeče Ano / Ne a v případě teploty nad .....°C potřebuje:

.....

Dítě dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

.....

Může se zúčastnit zotavovacích akcí (školní výlety, plavání, sauna): Ano / Ne / s omezením:

.....

datum vydání potvrzení .....

podpis a razítko lékaře