**POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K DOCHÁZCE DO DĚTSKÉ SKUPINY KRAJÁNEK**

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………………….

Datum narození:………………………………zdravotní pojišťovna:…………………………

Adresa trvalého pobytu:……………………………………………………………………….

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek: (název, adresa,, IČ):

…………………………………………………………………………………………………….

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Krajánek:

1. bez omezení
2. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)
3. není zdravotně způsobilé

Zdravotní omezení:………………………………………………………………………………

Alergie:…………………………………………………………………………………………….

Dlouhodobě užívá léky:………………………………………………………………………….

Jiná závažná sdělení:………………………………………………………………………........

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vyjádření lékaře k očkování:……………………………………………………………………..

Očkování TE (tetanus) dne:………………………………………………………………………

V ………………………….dne………………

Razítko a podpis lékaře: