

## Posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Dětské skupiny Fafík

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....zdravotní pojišťovna.....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

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

.....

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Fafík:

- a) bez omezení,
- b) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),
- c) 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:

