

**Mateřská škola Dobré Pole, příspěvková organizace,**

691 81 Dobré Pole 94, IČ:07 618 735

ID datové schránky: mfmw5yr ,Tel: 604 355 106, E-mail: [msdobrepole@gmail.com](mailto:msdobrepole@gmail.com)

**Vyjádření dětského lékaře**

**Jméno a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_

**Adresa:** \_\_\_\_\_ **PSČ:** \_\_\_\_\_

**Datum a místo narození:** \_\_\_\_\_

**Kód zdravotní pojišťovny:** \_\_\_\_\_

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně (2+1dávka).

ANO NE

*nebo*

je proti nákaze imunní

ANO NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy: **plavání, škola v přírodě, celodenní výlety** ANO NE

**Přijetí dítěte do mateřské školy:**                      **doporučuji**                      **nedoporučuji**

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_                      razítko a podpis lékaře: