**Potvrzení praktického lékaře pro děti a dorost o povinném očkování**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení dítěte: |  |
| datum narození: |  |

**v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů:**

dítě je řádně očkováno: ano ne

dítě má trvalé kontraindikace: ano ne

dítě je proti nákaze imunní: ano ne

V …………………………dne…………….. razítko a podpis lékaře

✂---------------------✂--------------------✂-----------------------✂--------------------✂------------

**Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost[[1]](#footnote-1)**

ke zdravotní způsobilosti, zdravotním obtížím nebo jiným závažným skutečnostem, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| jméno a příjmení dítěte: |  |  |
| datum narození: |  |  |

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

1. zdravotní:
2. tělesné:
3. smyslové:
4. jiné:

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Možnost účasti na akcích školy: ***plavání saunování škola v přírodě***

V …………………………dne……………… razítko a podpis lékaře

**Na základě § 22 zákona 561/2004 Sb., ve znění pozdější předpisů je zákonný zástupce povinen neprodleně informovat školu o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh předškolního vzdělávání.**

V …………………………dne………………. …………………………………..

 podpis zákonného zástupce

1. Druhou část potvrzení „*Vyjádření dětského lékaře“* předává zákonný zástupce až po ukončení správního řízení mateřské škole, do níž dítě ve školním roce 2024/25 nastoupí. [↑](#footnote-ref-1)