



Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do dětské skupiny Indiánek

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Adresa pobytu:	

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

- a) Ano
- b) Ne

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do dětské skupiny Indiánek:

- a) bez omezení,
- b) je zdravotně způsobilé s omezením (jakým)
-,
- c) není zdravotně způsobilé.

Alergie:

Jiná sdělení:

.....

V dne.....

Razítko a podpis dětského lékaře dítěte: