

Příloha 1 žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Potvrzení poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti  
a dorost o povinném očkování

Potvrzuji, že se:

jméno a příjmení dítěte:

datum narození:

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

podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním  ano  ne

má doklad, že je proti nákaze imunní  ano  ne

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci  ano  ne

V ..... dne .....

razítko a podpis praktického lékaře pro děti a dorost

-----&-----&-----

Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost \*) 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)

a) zdravotní:

b) tělesné:

c) smyslové:

d) 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 pozdějších 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

\*) Druhou část potvrzení „Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost“ předává zákonný zástupce až po  
ukončení správního řízení mateřské školy, do níž dítě ve školním roce 2023/2024 nastoupí.