

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 2024/2025 nastoupí.