

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte: _____ Zdravotní pojišťovna: _____
Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

INFORMACE - VYPLNÍ LÉKAŘ

Nehodící se škrtněte, pravdivé tvrzení zakroužkujte:

Dítě se:

- A. podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
- B. je proti nákaze imunní
- C. nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Nehodící se škrtněte, pravdivé tvrzení zakroužkujte:

Dítě **je/není** schopno docházet do mateřské školy Minísek s.r.o **bez omezení/ má následující omezení:**

Alergie: _____

Jiné důležité informace: _____

Datum:

Razítko a podpis lékaře

DÁLE VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Svým podpisem stvrzuji správnost výše uvedených údajů.

Souhlasím s okamžitým ambulantním ošetřením v případě akutního zdravotního stavu.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: _____