**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

Jméno dítěte:

1.Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO NE \*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO NE \*)

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké ANO NE \*)

3. Trpí dítě alergickým onemocněním ANO NE \*)

4. Bere pravidelně léky – jaké ANO NE \*)

Dítě MÁ x NEMÁ zdravotní potíže, které by mohly mít vliv na předškolní výchovu a vzdělávání - jaké

Jiná sdělení lékaře:

Datum: Razítko a podpis lékaře

\*) hodící se zakroužkujte