odloučené pracoviště

Mateřská škola Střední novosadská 50, Olomouc

e-mail: info@msnovesady.cz, tel.: 730 874 911, [www.msstredninovosadska.cz](http://www.msstredninovosadska.cz)

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví,
při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v **Mateřské škole Střední novosadská**, je součástí žádosti vyjádření dětského lékaře, včetně potvrzení, že se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

**DÍTĚ:**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení: |
| Datum narození: |
| Zdravotní pojišťovna dítěte: |

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE:**

|  |
| --- |
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu  pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím  a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)  **ANO NE** *nebo* je proti nákaze imunní **ANO NE** *nebo* nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska  brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) **ANO NE**2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké? **ANO NE**3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? **ANO NE**4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? **ANO NE**5. Je potřeba speciálního režimu? **ANO NE**6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlet apod.? **ANO NE**7. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? **ANO NE** V případě odpovědi ANO uveďte druh postižení: Jiná sdělení lékaře:**DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI přijetí do mateřské školy** Datum Razítko a podpis lékaře |