



Posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Dětské skupiny Beruška

Vyplní rodič:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození dítěte:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Zdravotní pojišťovna:

Poskytovatel zdravotních služeb, vydávající toto potvrzení – název/jméno, IČ, adresa:

.....

Vyplní lékař:

Posuzované dítě je k docházce do DS Beruška způsobilé:

- Bez omezení
- S omezením –
uvedte:.....
- Není zdravotně způsobilé

Posuzované dítě:

- Se podrobilo všem stanoveným povinným očkováním: **ANO – NE** * nehodící se škrtněte
- Je imunní proti nákaze (typ/druh):.....
- Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
.....

Alergie:.....

Trvale užívá léky:.....

Jiná závažná sdělení:

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

Razítko a podpis lékaře