odloučené pracoviště

Mateřská škola Schweitzerova 12, Olomouc

e-mail: [info@msschweitzerova.cz](mailto:info@msschweitzerova.cz); tel.: 730 874 910

**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 Schweitzerova 12, Olomouc**, 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 |