



Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno | ANO | NE |
| nebo je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, případně
pro dočasnou kontraindikaci | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 4. Dítě bere pravidelné léky - jaké? | ANO | NE |
| 5. Jedná se o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami? | ANO | NE |
| 6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: | ANO | NE |
| 7. Alergie - jaké? | ANO | NE |
| 8. DOPORUČUJI PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....

Datum, podpis a razítko lékaře: