



Mateřská škola Hřivice, příspěvková organizace

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:		
Datum narození:		
1) Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním. Popřípadě splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIOPRIXU – očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám.	ANO	NE
NEBO		
Je proti nákaze imunní a má o tom doklad.	ANO	NE
NEBO		
Nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci (zdravotní stav dítěte brání podání očkovací látky).	ANO	NE
2) Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné:	ANO	NE
3) Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké?	ANO	NE
4) Alergie, popřípadě chronická onemocnění:	ANO	NE
5) V případě požití alergenu je nutné bezprostřední podání léku.	ANO	NE
6) Potravinová intolerance	ANO	NE
7) Pravidelné užívání léků	ANO	NE

Datum

Razítko a podpis lékaře