



Potvrzení dětského lékaře

Příloha žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2025 / 2026

Jméno dítěte: _____

Datum narození: _____

Potvrzuji, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, případně má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, podle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů.

ano

ne

Potvrzuji, že dítě je zdravé a může být přijato do lesní mateřské školy s celodenní docházkou.

ano

ne

Dítě má následující alergie a/nebo zdravotní omezení, pravidelně užívá tyto léky:

Jméno lékaře, IČP: _____

Datum podpisu: _____

Razítko a podpis lékaře: