VYJÁDŘENÍ REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE K PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY

(dle zákona č. 247/2014 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb., § 50)

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Trvalý pobyt: .....

---

1. Zdravotní stav dítěte:

☐ Dítě je zdravotně způsobilé k účasti v dětské skupině.

☐ Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

☐ a) zdravotní ☐ b) tělesné ☐ c) smyslové ☐ d) jiné: .....

Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:

.....

.....

Alergie (včetně reakce na očkování, pokud existuje):

.....

.....

---

2. Očkování dítěte:

(zaškrtněte příslušnou možnost/i)

☐ Dítě bylo očkováno podle očkovacího kalendáře (dle vyhlášky č. 537/2006 Sb.).

☐ Dítě je částečně očkované (rozočkované) – odpovídá věku a očkovací plán probíhá.

Další plánované očkování je stanoveno na: .....

☐ Dítě má kontraindikaci k očkování (doloženo lékařskou dokumentací).

☐ Dítě je proti nákaze imunní (např. proděláním onemocnění – doloženo).

Poznámka lékaře (např. k očkovacímu plánu):

.....

.....

---

3. Možnost účasti na aktivitách organizovaných dětskou skupinou:

☐ Plavání ☐ Sauna ☐ Škola v přírodě ☐ Jiné: .....

.....

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

.....

Razítko a podpis registrujícího

praktického lékaře pro děti a dorost