**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno dítěte |  | Příjmení dítěte |  |
| Datum narození |  | | |
| Trvalé bydliště: |  | | |

**Část A)**

Posuzované dítě k účasti v dětské skupině:

a) je zdravotně způsobilé

b)není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

**Část B)**

Posuzované dítě

|  |
| --- |
|   trvale užívá léky (typ/druh, dávka): |
| má tyto alergie: |
|   jiné: |

**Část C)**

Posuzované dítě

|  |
| --- |
|   se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE |
|   je proti nákaze imunní (typ/druh) |
|   má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) |

…………………………………… ……………………………………

datum vydání posudku podpis a razítko lékaře