**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**Nedokládá se k žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

**Jméno a příjmení dítěte**: ……………………………………………………………….

**Datum narození**: ……………………………………………………………….

**Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře**

ANO x NE \*)

nebo

**má doklad, že je proti nákaze imunní**

ANO x NE \*)

nebo

**má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci**

ANO x NE \*)

\*) hodící se zakroužkujte

Jiná závažná sdělení (alergie na léky, potraviny a jiné, pravidelné užívání léků apod.):

**DOPORUČUJI NEDOPORUČUJI přijetí dítěte do mateřské školy**

.......................................... ...................................................

 datum razítko a podpis lékaře