

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE PŘED PŘIJETÍM DO DĚTSKÉ SKUPINY (rodiče)

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

A. Vyplní zákonný zástupce:

Alergie dítěte:

Intolerance potravin (diety):

.....

Pravidelně užívané léky včetně dávkování:

.....

.....

Závažná onemocnění v rodině:

.....

Je dítě v péči odborných lékařů (neurolog, ortoped, psycholog, aj.):

.....

Může se dítě účastnit běžných aktivit: ANO / NE

.....

Další sdělení rodičů týkající se dítěte:

.....

V dne

.....

podpis zákonného zástupce

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE PŘED PŘIJETÍM DO DĚTSKÉ SKUPINY (lékař)

B. Vyplní lékař:

Potvrzuji, že zdravotní stav dítěte:
narozeneho dne je, není
tedy námitek proti jeho přijetí do dětské skupiny.

Proti přijetí dítěte do dětského kolektivu jsou tyto námítky:
.....
.....

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO / NE

Datum očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR, PRIORIX)

Další sdělení lékaře týkající se dítěte:
.....

V dne

.....

razítko a podpis dětského lékaře