

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

pro účely přijímacího řízení do mateřské školy

Vyjádření poskytovatele zdravotních služeb ke splnění podmínky dle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Tento formulář se vyplňuje **pouze u dětí, které nepodléhají povinnému předškolnímu vzdělávání** (tj. dítě nedosáhne pěti let věku k 31. 8. příslušného školního roku).

IDENTIFIKACE DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

POSOUZENÍ SPLNĚNÍ PODMÍNKY POVINNÉHO OČKOVÁNÍ

Zakřížkujte jednu z možností:

- ☐ Dítě se podrobilo stanoveným povinným očkováním
- ☐ Dítě je proti nákaze imunní
- ☐ Dítě se nemůže povinnému očkování podrobit pro trvalou nebo dočasnou kontraindikaci

Potvrzuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

Razítko a podpis poskytovatele zdravotních služeb:

POZNÁMKA

U dětí, které plní povinné předškolní vzdělávání dle § 34a zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, se toto potvrzení **nevyžaduje**.

Formulář neobsahuje žádné jiné zdravotní údaje, než které jsou nezbytné pro splnění zákonné podmínky přijetí dítěte do mateřské školy.