



Základní škola a mateřská škola Ořechov, okres Uherské Hradiště
příspěvková organizace
Ořechov 90, 687 37 Polešovice
Tel.: 572 593 732, e-mail: zsorechov@zsmsorechov.cz

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání – vyjádření lékaře

Na základě § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon, v platném znění a § 50 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, **může mateřská škola, s výjimkou zařízení, do nichž je docházka povinná, přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním**, případně doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:..... Místo narození:.....

Trvalý pobyt:.....Zdravotní pojišťovna:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Dítě je očkováno dle zákona:	ANO - NE
Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní:	ANO - NE
Trvalá kontraindikace:	ANO - NE
Dítě vyžaduje zvláštní péči v oblasti: (zdravotní, tělesné, smyslové, jiné)	
Alergie, dieta	
Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte	

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

Datum:..... Razítko a podpis lékaře:.....