



DĚTSKÁ SKUPINA KUBŠICKÁ ŠKOLIČKA

Obec Kubšice, Kubšice 40, 671 76, tel: 777 276 888

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

DÍTĚ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Účel vydání posudku: PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY

POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

Posuzované dítě (vyberte):

a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny

b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny

c) je zdravotně způsobilé s tímto omezením:

Posuzované dítě trvale užívá léky:

Posuzované dítě má tyto alergie:

Jiné:

Posuzované dítě se (vyberte):

a) podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním

b) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou,
protože je proti nákaze imunní

c) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou,
protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit

d) nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním

Posudek vystaven dne

Jméno a příjmení lékaře, razítko, podpis lékaře:

.....

Posudek převzala oprávněná osoba (jméno, příjmení, vztah k dítěti, podpis):

.....

V dne