Základní škola a Mateřská škola Dolní Olešnice, okres Trutnov
Dolní Olešnice 41, 543 71 Hostinné

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

jméno a příjmení dítěte:

datum narození:

1. ZPS ANO NE
2. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.
   ANO NE
3. Trpí dítě chronickým onemocněním ?
   ANO NE
4. Užívá pravidelně léky?
   ANO NE
5. Alergické projevy?
   ANO NE
6. Brýle ANO NE
   Sluchové obtíže ANO NE
7. Pohybové aktivity, výlety, pobyty
   BEZ OMEZENÍ OMEZENÍ NEDOPORUČUJI
8. Jiná sdělení
9. Nástup do mateřské školy:
   NEDOPORUČUJI **DOPORUČUJI**

V …….. dne:……

podpis a razítko lékaře

tel. ZŠ 724 893 650
MŠ 724 893 646
zsdolniolesnice@seznam.cz
dat.schr.: 7sqmcxt
IČO 75016591
RED IZO 650064003