Mateřská škola Dačice, Bratrská 177/I, 380 01 Dačice

**Potvrzení o očkování dítěte pro účely přijetí do mateřské školy**

**Identifikační údaje dítěte (vyplní zákonný zástupce)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Místo trvalého pobytu/**  **u cizince místo pobytu:** |  |

**Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost** (zaškrtněte)

(netýká se dětí, pro které bude od 1.9.2024 předškolní vzdělávání povinné, tj dětí, které k 31.8.2024 dosáhnou věku 5 let)

|  |
| --- |
| * Dítě je řádně očkováno. * Dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování   podrobit pro kontraindikaci.   * Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb.   o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. |

**Doplňující informace – vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:**

|  |
| --- |
| * Dítě je zdravé a může být přijato do MŠ bez omezení * Dítě bere pravidelně léky – jaké? * Dítě trpí chronickým onemocněním – jakým? * Dítě vyžaduje speciální péči – zdravotní - tělesnou – smyslovou – jinou …(uveďte jakou) * Jiná sdělení lékaře: |

V Dačicích dne……………… ………………………………….

jméno, příjmení, podpis a razítko

praktického lékaře pro děti a dorost