



Posudek o zdravotní způsobilosti do Montessori lesní mateřské školy Ledňáček

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉHO			
Jméno a příjmení		Ulice, č.p.	
Datum narození		Město	
Zdravotní pojišťovna		PSC	

ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ A ÚRAZY, KTERÉ DÍTĚ PRODĚLALO (vyplňují rodiče či lékař):

.....

ALERGIE (vyplňují rodiče či lékař):

.....

Typ (vyrážka, atopický ekzém, zánět spojivek, senná rýma ...):

.....

Alergen (co alergii způsobuje):

.....

Léčiva (zdůrazněte, zda pouze při obtížích nebo trvale):

.....

Alergie na léky (jaké):

.....

JINÉ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE

.....

LÉČIVA (typ/druh/dávka)

.....

OČKOVÁNÍ – vyplňují rodiče či lékař

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Pro děti, pro které je vzdělávání povinné (tedy pro děti v posledním předškolním roce v mateřské škole) dle Zákona 561/2004 Sb. (školský zákon) není třeba vyplňovat bod a) !

a) vyjádření dětského lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů *)

DÍTĚ SE PODROBILLO STANOVENÝM PRAVIDELNÝM OČKOVÁNÍM, MÁ DOKLAD, ŽE JE PROTI NÁKAZE IMUNNÍ NEBO SE NEMŮŽE OČKOVÁNÍ PODROBIT PRO TRVALOU KONTRAINDIKACI: ANO / NE

b) vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

DÍTĚ JE ZDRAVÉ, MŮŽE BÝT PŘIJATO DO MATEŘSKÉ ŠKOLY: ANO / NE

ALERGIE:

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávající posudek:

.....

IČO:

Jméno a příjmení lékaře:

Adresa:

V, dne

.....

Razítko poskytovatele
zdravotnických služeb a podpis lékaře

*) v případě nesplnění zákonem stanovené podmínky nemůže být žádost přijata