



Toto vyjádření se vyplňuje pouze v případě, že přihlašované dítě je ke dni
zahájení povinné školní docházky **mladší pěti let**

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Jméno dítěte

Datum narození

Dítě je řádně očkováno ANO - NE

Dítě je imunní ANO - NE

Dítě má kontraindikaci ANO - NE

Zdravotní omezení

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře



MATEŘSKÁ ŠKOLA RADOST, FRÝDEK-MÍSTEK, Anenská 656
příspěvková organizace
738 01 Frýdek-Místek
Dat.schránka: 2rfkq6k
tel.: 603575273
