|  |  |
| --- | --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**Jméno dítěte: |  |
| Datum narození: |  |
| Bydliště: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné. |
|  |  |
| Dítě je řádně očkováno | ANO x NE |
| nebo |  |
| má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci | ANO x NE |
|  |   |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|   |  |
| Potvrzuji, že dítě může být přijato do MŠ. |  |
|  |  |
|  |  |
| Datum: | Razítko a podpis lékaře: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |