Registrační číslo:
Č.spis.

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte…….. ……Datum narození:……

1. Potvrzuji tímto, že výše uvedené dítě (zakroužkujte):

- Se podrobilo stanovenému očkování
- Je proti nákaze imunní
- Se nemůže očkovat pro trvalou kontraindikaci

Potvrzení se vydává na žádost rodičů pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle zákona č. 56/2005 Sb.,školský zákon a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně zdraví. Citace zákona : § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., „Při přijímání dětí k předškolnímu vzdělávání je třeba dodržet podmínky stanovené zvláštním právním předpisem“ . Odkaz viz následující. § 50 zákona č. 258/2000 Sb., „Předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

2. Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte a jeho způsobilosti docházky do MŠ:

V……..dne…….. …….
Podpis a razítko lékaře