**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte: ........................................................................

Datum narození: …………………………………………………….

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

…………………………………………………………………………………………….

**Část A)**

Posuzované dítě k účasti v dětské skupině:

a) je zdravotně způsobilé

b)není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

...............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................

**Část B)**

Posuzované dítě

* se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
* je proti nákaze imunní (typ / druh) ............................................................................................................................
* má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ / druh) .............................................................................................................................
* je alergické na: ..........................................................................................................................................................................................................................................................
* dlouhodobě užívá léky (typ / druh, dávka) ..........................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………… ……………………………………

datum vydání posudku podpis a razítko lékaře