

## Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k přijetí do dětské skupiny

| Posuzované dítě  |  |
|------------------|--|
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození   |  |
| Rodné číslo      |  |

| Údaje o zdravotním stavu dítěte a o případných omezeních, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině (léky, alergie, apod.): |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                              |                                                       |
| Potvrzuji, že se posuzované dítě:                                                                                                                            |                                                       |
| o podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře,                                                                                       |                                                       |
| o nebo má doklad, že je proti nákaze imunní,                                                                                                                 |                                                       |
| o a nebo má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (vysvětlení):                                                                          |                                                       |
|                                                                                                                                                              |                                                       |
| Posuzované dítě je zdravotně způsobilé k přijetí do dětské skupiny: ANO x NE                                                                                 |                                                       |
|                                                                                                                                                              |                                                       |
| .....<br>Datum a místo                                                                                                                                       | .....<br>Razítko a podpis lékaře<br>pro děti a dorost |

Rodič je povinen doložit poskytovateli nejpozději v den zahájení docházky dítěte do dětské skupiny lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost do doby změny zdravotní způsobilosti dítěte. Dojde-li ke změně zdravotní způsobilosti dítěte, je rodič povinen doložit nový lékařský posudek do 10 dnů ode dne zániku platnosti původního lékařského posudku.