



Mateřská škola Formanská, příspěvková organizace

Na Vojtěšce 188, 149 00, Praha 4 Detašované pracoviště: Vodnická 530/42, 149 00,
Praha 4, IČ: 71294350

ID datové schránky: awu8dkt, tel: +420 737 212 528, email: msformanska@seznam.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE - PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným způsobem očkování (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) | ANO | NE |
| nebo | | |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| nebo | | |
| nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké? | ANO | NE |
| 3. Dítě trpí chronickým onemocněním - jakým? | ANO | NE |
| 4. Dítě bere pravidelně léky - jaké? | ANO | NE |
| 5. Jedná se o integraci postiženého dítěte do MŠ | ANO | NE |
| 6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti | ANO | NE |
| 7. Alergie | ANO | NE |
| 8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

V _____ dne _____

Zpracování osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 28 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení školní matriky a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.