**Vyjádření lékaře k Žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
v mateřské škole 2025/2026**

*Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné*

**Jméno a příjmení dítěte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním:** ANO/NE\*

(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)

nebo

**2. Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní**  ANO/NE \*

nebo

**3. Dítě má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci**  ANO/NE \*

(z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

**4. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:**

Zdravotní
Tělesné
Smyslové
Jiné (jaké)
Jiná závažná sdělení o dítěti:

**5. Alergie:**

**6. Možnost účasti na akcích školy – plavání, škola v přírodě**

Doporučuji – nedoporučuji\*přijetí dítěte do mateřské školy

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis a razítko lékaře:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* ) hodící se zakroužkujte

V případě dítěte se zdravotním postižením je zákonný zástupce/žadatel povinen k žádosti přiložit vyjádření školského poradenského zařízení a registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost.