**Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte**

**k docházce do dětské skupiny**

Posudek je vydáván na žádost rodičů z důvodu zahájení docházky dítěte do dětské skupiny.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:** | | |
| Datum narození: | Zdravotní pojišťovna: | Kód pojišťovny: |
| Zdravotní stav: | | |
| Část A) Posuzované dítě k zapojení do dětské skupiny  je zdravotně způsobilé**\***  není zdravotně způsobilé\*    je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)\*:  \* vyhovující zaškrtněte  Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. | | |
| Část B) Potvrzení o tom, že dítě  se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním\*  je proti nákaze imunní (typ/druh)\*:  má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)\*:  je alergické na\*:  dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)\*:  \* vyhovující zaškrtněte | | |
| Dne: | Podpis a razítko lékaře: | |

Výše uvedené údaje jsou pravdivé. Při změně zdravotního stavu dítěte požádáme o vystavení nového posudku o zdravotní způsobilosti dítěte a tuto skutečnost oznámíme pracovníkovi DS písemnou formou. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme pracovníkovi DS výskyt přenosné choroby v rodině či okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocněné osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Dne: Podpis zákonného zástupce: