## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

(*předkládá se při nástupu do zařízení, nesmí být starší 30 dnů)*

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

Datum narození dítěte: ……………………………………………………

Zdravotní pojišťovna dítěte: ………………………………………..……..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte | | |
| Jsou odchylky od psychomotorického vývoje? | ANO | NE |
| Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| Je potřeba speciálního přístupu? | ANO | NE |
| Je potřeba speciálního režimu? | ANO | NE |
| Je dítě alergické? Pokud ano, na co? | ANO | NE |
| Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| Může se dítě účastnit speciálních akcí, např.: výlety, plavání, saunování apod.? | ANO | NE |
| Je dítě pravidelně očkováno? | ANO | NE |
| Prodělalo dítě závažná onemocnění, úraz?  Jaké: | ANO | NE |
| Jde o integraci dítěte se speciálními potřebami?  Jaké: | ANO | NE |

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do zařízení péče o dítě v dětské skupině.

……………………………

Datum

…………………………..

Podpis a razítko lékaře: