



## VYJÁDŘENÍ POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V OBORU PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRO DĚTI A DOROST

**Jméno a příjmení dítěte:**

.....

**Datum narození:**

.....

1. Dítě je řádně očkováno. **ANO** x **NE**

2. V případě, že dítě není očkováno, jedná se o důvody:

- 1) *kontraindikace očkování*
- 2) *je proti nákaze imunní*

3. Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy. **ANO** x **NE**

4. Jiná závažná zdravotní sdělení o dítěti:

V .....dne .....

razítko a podpis poskytovatele