Číslo dokumentu: _____
Datum: _____

Spolufinancováno Evropskou unií

ČÁST IV. – LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

(Vyplní a potvrdí výhradně praktický lékař pro děti a dorost)

- **Jméno a příjmení dítěte:** .....
- **Datum narození:** .....
- **Adresa místa trvalého pobytu / jiného pobytu:**

  .....

Posuzované dítě k účasti v zařízení péče o děti – **Dětská skupina Světýlko pro děti:**

- [ ] **je zdravotně způsobilé**
- [ ] **není zdravotně způsobilé**
- [ ] **je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):**

  .....

Posuzované dítě:

- [ ] **je řádně očkováno** podle očkovacího kalendáře.
- [ ] **je proti nákaze imunní** (typ/druh): .....
- [ ] **má trvalou kontraindikaci** proti očkování (typ/druh): .....

Alergie a medikace:

- Posuzované dítě je alergické na: .....
- Dítě dlouhodobě užívá léky: **ANO / NE** (Druh/typ, dávka): .....

Datum vydání posudku: ....

Podpis a razítko lékaře