



3. mateřská škola, Most, příspěvková organizace

## DĚTSKÁ SKUPINA ZAJÍČCI

Albrechtická 414, 434 01 Most, tel.: 477 001 841, 739 340 150,  
e-mail: ms.sochora@3msmost.cz, miroslava.samkova@3msmost.cz, ID: tmuvxam,  
IČ:49872214

---

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Trvalé bydliště:

.....

**Podmínkou přijetí dítěte do dětské skupiny je splnění povinnosti podrobit se stanoveným pravidelným očkováním, nebo mít doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci. Tato povinnost se netýká dítěte, které plní povinné předškolní vzdělávání.**

1. Potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte pro účely přijetí do dětské skupiny

- Dítě je řádně očkováno: ANO NE\*
- Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci: ANO NE\*
- Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje podmínky pro přijetí do dětské skupiny ANO NE\*

2. Možnost účasti na akcích skupiny: plavání – saunování ANO NE\*

3. Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:

.....  
.....  
.....  
.....

\*nehodící se škrtněte

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

.....

razítko a podpis lékaře