**Základní škola a Mateřská škola Prakšice, příspěvková organizace**

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

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

V souladu s §34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění a §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, **mohou předškolní zařízení přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním**, případně má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Tato povinnost se netýká dítěte, které plní povinné předškolní vzdělávání.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dítě **je očkováno** dle zákona | **ANO – NE** |
| Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní | **ANO – NE** |
| Kontraindikace | **ANO – NE** |
| **Není** řádně očkované **z jiných důvodů**, nesplňuje proto  §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví | **ANO - NE** |
| Zdravotní stav dítěte **umožňuje** nástup do mateřské školy | **ANO – NE** |
| **Má zdravotní omezení - potíže** | **ANO – NE** |
| Vyžaduje **zvláštní režim** | **ANO – NE** |
| Pravidelně **užívá léky** | **ANO - NE** |

**Datum: ………………………… Razítko a podpis lékaře: …………………………**