**Posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

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

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

Zdravotní pojišťovna…………………..…... …………………………………………..……………………………………

Adresa bydliště: …………...…………………………..………………………………….……………………………………

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do DĚTSKÉ SKUPINY KLUBÍK HRABOVÁ:

a) bez omezení,

b) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

c) není zdravotně způsobilé.

**Alergie:** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dlouhodobě užívá léky (název/dávka):** ……………………………....…………………………………………………

**Jiná závažná sdělení:** ……………………………………………………………………………

Potvrzuji, že dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, nebo že je proti nákaze imunní anebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:

a) ANO

b) NE

Dítě může navštěvovat akce dětské skupiny konajících se mimo zařízení :

1. ANO
2. NE

V ………………………………….. dne…………………..………

Razítko a podpis lékaře: