Mateřská škola Vrčeň, okres Plzeň jih, příspěvková organizace
Vrčeň 137, 335 41 Vrčeň, IČO: 60611898

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte: _____
Datum narození: _____

Údaje o zdravotní způsobilosti:

Dítě může být přijato do MŠ: ANO NE

1. Údaje o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na poskytování školské služby

- Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
  a) zdravotní
  b) tělesné
  c) smyslové
  d) jiné

- Jiná závažná sdělení o dítěti

- Alergie

2. Potvrzuji, že výše jmenované dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním*
b) je proti nákaze imunní*
c) se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci*

3. Omezení účasti na akcích školy – plavání, výlety

V ……..dne…… Razítko a podpis lékaře

Výslovně souhlasím s tím, že MŠ:

- může zpracovávat osobní údaje o zdravotních obtížích (alergie, očkování,…) mého dítěte, které by mohly mít vliv na pobyt dítěte v MŠ. Výslovný souhlas uděluji po dobu docházky do MŠ. Výslovný souhlas mohu kdykoliv odvolat.

☐ Souhlasím ☐ Nesouhlasím

V…… dne ……

_____ _____

Podpis 1. zákonný zástupce Podpis 2. zákonný zástupce

*) nehodící se škrtněte