



Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

k docházce dítěte do LMŠ V Závětří

Příloha 1. - přihlášky k docházce do LMŠ V Závětří

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉHO			
Jméno a příjmení		Ulice, čp.	
Datum narození:		Město	
Zdravotní pojišťovna		PSČ	

1. ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ A ÚRAZY, KTERÉ DÍTĚ PRODĚLALO – vyplňují rodiče, či lékař

2. ALERGIE – vyplňují rodiče, či lékař

- typ (vyrážka, atopický ekzém, zánět spojivek, senná rýma)
- alergen (co alergii způsobuje)
- léčiva (zdůrazněte, zda pouze při obtížích nebo trvale)
- alergie na léky (jaké)

3. JINÉ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE

4. LÉČIVA (typ/druh/dávka)



Posudkový závěr (vyplní lékař)

A. Posuzované dítě je	
a. je zdravotně způsobilé *)	
b. není zdravotně způsobilé *)	
c. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)**)	
B. Posuzované dítě:	
a. je řádně očkováno	ANO NE
b. má dočasnou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)	
c. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)	
d. je proti nákaze imunní (typ/druh)	
POZNÁMKA	
*) Nehodící se škrtněte	
**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdrav. stav způsobilosti	
A. OMEZENÍ DÍTĚTE ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ	
a. pochody, výpravy	
b. sportovní činnost	

Posudek je platný 12 měsíců od data vydání, pokud v této doby nedošlo ke změně zdr. způsobilosti.

Identifikační údaje poskytovatele zdravotnických služeb		Datum	
Název poskytovatele zdrav. služeb vydávajícího posudek:		Razítko poskytovatele zdravotnických služeb a podpis lékaře:	
IČO			
Jméno a příjmení lékaře:			
Adresa:			