

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY ŠKOLAMYŠL**Informace o dítěti:**

Jméno / jména

Příjmení

Datum narození

Adresa místa pobytu

Zdravotní pojišťovna

Informace o matce dítěte, popř. jiném zákonném zástupci dítěte:

Jméno / jména

Příjmení

Adresa místa pobytu (liší-li se od adresy místa pobytu dítěte)

Telefon

E-mail

Informace o otci dítěte, popř. jiném zákonném zástupci dítěte:

Jméno / jména

Příjmení

Adresa místa pobytu (liší-li se od adresy místa pobytu dítěte)

Telefon

E-mail

Informace o další osobě docházející pro dítě (na základě pověření rodiče):

Jméno / jména

Příjmení

Adresa místa pobytu (liší-li se od adresy místa pobytu dítěte)

Telefon

E-mail

Informace o další osobě docházející pro dítě (na základě pověření rodiče):

Jméno / jména

Příjmení

Adresa místa pobytu (liší-li se od adresy místa pobytu dítěte)

Telefon

E-mail

Údaje o docházce dítěte do zařízení:**Dny v týdnu****Doba v průběhu dne**

Pondělí

Úterý

Středa

Čtvrtek

Pátek

Strava:

Oběd:

 vlastní zajištěno poskytovatelem pouze polévku hlavní jídlo**Důležité jiné
sdělení:**.....
.....
.....

V dne

.....

matka dítěte

.....

otec dítěte

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

1. POSUZOVANÉ DÍTĚ

Jméno a příjmení:

Narozeno (kdy, kde):

Účel vydání posudku: **přijetí dítěte do Dětské skupiny Školamyšl**

2. POSUDKOVÝ ZÁVĚR

1. Posuzované dítě (vyberte zakroužkováním):

- a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- c) je zdravotně způsobilé s tímto omezením:.....

2. Posuzované dítě se (vyberte zakroužkováním):

- a) podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním
- b) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou
....., protože je proti nákaze imunní
- c) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou
....., protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo
tomuto pravidelnému očkování podrobit
- d) nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním

3. Posuzované dítě má tyto alergie:

4. Posuzované dítě trvale užívá léky:

5. Možnost účasti na akcích dětské skupiny: ANO NE
(plavání, saunování, trampolína, škola v přírodě, solná jeskyně, ...)

.....
datum, razítko a podpis posuzujícího lékaře

Posudek převzala oprávněná osoba (jméno, příjmení, vztah k dítěti):

V dne
podpis

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.