**Potvrzení o zdravotním stavu dítěte** *(Potvrdí lékař)***:**

**Jméno………………………………………………………………Datum narození………………………………**

Dítě se **může – nemůže** zúčastnit všech běžných činností v konaných v DS.

Ze zdravotních důvodů nesmí vykonávat tyto činnosti: ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Upozorňuji na ( např.: *alergie, speciální péči, zvláštnosti charakteru apod.)*:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prohlašuji, že dítě (je – není)\* řádně očkováno, případně přikládám důvody kontraindikace.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Další zdravotní informace, které by pečující osoby měly znát:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum: …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dětský lékař:** …………………………………………………………………………………………………………………………………

\* nehodící se variantu škrtněte